



# **En engelskspråkig guidebok för ultraljudsundersökningar**

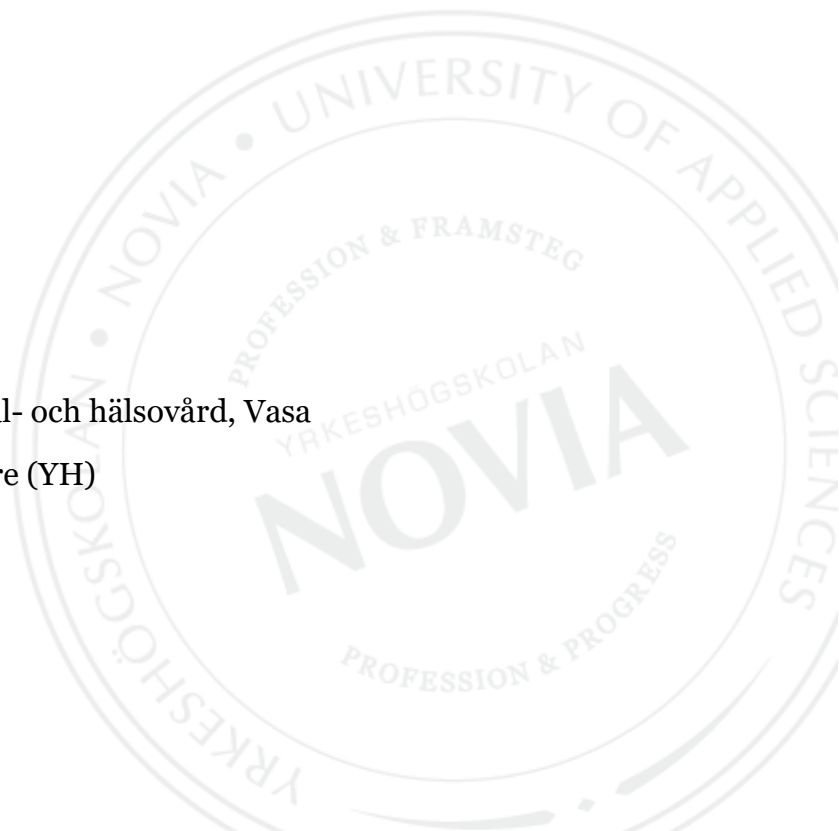
Sofia Hjulfors

Carola Lillfors

Examensarbete inom social- och hälsovård, Vasa

Utbildning: Röntgenskötare (YH)

Vasa 2015



## EXAMENSARBETE

Författare: Sofia Hjulfors och Carola Lillfors

Utbildning och ort: Röntgenskötare, Vasa

Handledare: Katarina Vironen

Titel: En engelskspråkig guidebok för ultraljudsundersökningar

---

Datum 1.12.2015    Sidantal 47    Bilagor 3

---

### Abstrakt

Syftet med detta examensarbete är att skapa en engelskspråkig guidebok för ultraljudsundersökningar för att användas av röntgenskötarna på ett sjukhus i Österbotten. Guideboken skall fungera som ett kommunikationsmedel mellan röntgenskötare och patient. Guideboken hjälper röntgenskötaren att förklara hur undersökningen går till åt en engelskspråkig patient. Med hjälp av bilderna kan röntgenskötaren visa vad som sker under en ultraljudsundersökning och biopsi åt en patient som man inte har ett gemensamt språk med.

Forskningsfrågorna är följande: Hur skapar man en trygg vårdssituation? Hur ger man bra information? De teoretiska utgångspunkterna är information, trygghet och bemötande. Respondenterna har använt sig av bl.a. K. Segestens, P. Hård af Segerstads och B. Fossums teorier. Som teoretisk bakgrund har respondenterna valt ultraljud, biopsi och aseptik.

Examensarbetet är en kvalitativ litteraturstudie. Respondenterna gjorde en intervju för att få riktlinjer till guideboken. Mer information söktes i litteratur och tidigare forskningar. Guideboken kommer att överlämnas till den beställande avdelningen men finns också som bilaga i detta arbete.

---

Språk: Svenska    Nyckelord: patientbemötande, patientinformation

---

## OPINNÄYTETYÖ

Tekijät: Sofia Hjulfors ja Carola Lillfors

Koulutus ja paikkakunta: Röntgenhoitaja, Vaasa

Ohjaaja: Katarina Vironen

Nimike: Englanninkielinen ohjekirja ultraäänitutkimuksia varten

---

Päivämäärä 1.12.2015 Sivumäärä 47 Liitteet 3

---

### Tiivistelmä

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on luoda englanninkielinen ohjekirja ultraäänitutkimuksia varten röntgenhoitajille eräässä Keski-pohjanmaalaisessa sairaalassa. Ohjekirjan on tarkoitus toimia kommunikaatiovälineenä röntgenhoitajan ja potilaan välillä. Ohjekirja auttaa röntgenhoitajaa selittämään tutkimuksen kulkua englanninkieliselle potilaalle. Jos röntgenhoitajalla ja potilaalla ei ole yhteistä kieltä, voi röntgenhoitaja kuvien avulla näyttää mitä ultraäänitutkimuksen ja biopsian aikana tapahtuu.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat: Kuinka luoda turvallinen hoitotilanne? Kuinka annetaan hyvää informaatiota? Teoreettiset viitekehykset ovat informaatio, turvallisuuden tunne ja kohtaaminen. Opinnäytetyössä on mm. käytetty K.Segestenin, P. Hård af Segerstadin ja B. Fossumin teorioita. Teoreettiseksi taustaksi on valittu ultraääni, biopsia ja aseptiikka.

Opinnäytetyö on kvalitatiivinen kirjallisuustutkimus. Saadaksemme suuntaviivat ohjekirjalle teimme haastattelun. Kirjallisuudesta ja aikaisemmista tutkimuksista kerättiin lisää informaatiota. Ohjekirja luovutetaan tilaavalle osastolle mutta löytyy myös liitteenä tässä työssä.

---

Kieli :Ruotsi Avainsanat: potilaskohtaaminen, potilasinformaatio

---

## **BACHELOR'S THESIS**

Authors: Sofia Hjulfors and Carola Lillfors

Degree and place: Radiographer, Vaasa

Supervisor: Katarina Vironen

Title: A guidebook in English for ultrasound examinations

---

Date 1.12.2015    Number of pages 47    Appendices 3

---

### **Summary**

The purpose of this thesis is to create a guidebook in English for ultrasound examinations to be used by radiographers on a hospital in Österbotten. The guidebook will help the radiographer to explain to an English-speaking the examination. The radiographer can use the pictures to show the procedure at an ultrasound examination and biopsy to a patient who doesn't speak the same language.

The research questions are; How to make the patient feel confident in a healthcare situation? How to provide good information? The theoretical frame includes information, confidence and to face the patient. We have used among others K.Segestens, P. Hård af Segerstads and B. Fossums theories. As the theoretical background we chose ultrasound, biopsy and asepsis.

From the interview and the earlier studies answers for the research questions were found. To make the patient feel safe he must understand the carer. The guidebook will be handed to the ordering department but will also be as an attachment to this thesis.

---

Language: Swedish    Key words: patientfacing, patientinformation

---

# Innehållsförteckning

1 Inledning .....	5
2 Syfte och frågeställningar.....	6
3 Teoretiska utgångspunkter.....	7
3.1 Information.....	7
3.1.2. Patient information.....	8
3.1.3. Att producera information .....	9
3.2 Trygghet .....	10
3.2.1. Grundtrygghet .....	10
3.2.2. Situationsrelaterad trygghet.....	10
3.2.3. Trygghet och otrygghet .....	11
3.2.4. Otrygghet i vårdssammanhang .....	11
3.2.5. Att skapa trygghet och trygghetsprincipen.....	12
3.3 Bemötande.....	12
4 Teoretisk bakgrund .....	14
4.1 Ultraljud .....	14
4.2 Biopsi .....	15
4.3 Aseptik.....	16
4.3.1 Handhygien .....	17
4.3.2 Vårdinstrumentens renlighetsgrad.....	17
5 Tidigare forskningar .....	19
6 Studiens genomförande .....	32
6.1 Kvalitativ studie .....	32
6.2 Allmän litteraturstudie.....	33
6.3 Intervju .....	33
6.4 Analysmetod.....	35
6.5 Datainsamling .....	36
7 Resultat.....	37
8 Tolkning .....	39
8.1 Tolkning av intervjun .....	39
8.2 Tolkning av forskningsfrågorna .....	40
8.3 Tolkning av utgångspunkterna .....	41
9 Produkten .....	43
10 Kritisk granskning.....	44
11 Diskussion .....	46
Källförteckning	
Bilagor	

## 1 Inledning

Respondenternas examensarbete är ett beställningsarbete från ett sjukhus i Österbotten. Beställaren ville ha en guidebok för ultraljudsundersökningar. Respondenterna fick klara regler för hur guideboken skulle se ut och vad den skulle innehålla. Därför har respondenterna inte kunnat påverka innehållet. Tanken med guideboken är att den skall vara ett redskap i situationer där patienten talar engelska. Den är främst riktad åt röntgenskötare men patienten har också nytta av den. Guideboken innehåller fraser som man använder vid ultraljudsundersökningar. Dessa fraser är översatta från finska och svenska till engelska. I guideboken finns också bilder som skötarna kan använda sig av då det inte finns något gemensamt språk med patienten.

Röntgenavdelningen är ofta en okänd plats för patienten och om patienten inte förstår personalen kan han känna sig otrygg. Därför har respondenterna i sitt arbete valt att behandla trygghet, information och bemötande eftersom de anses vara viktiga i ett möte med patienten. I artikeln som är skriven av Schyve (2007) står det att effektiv kommunikation skapar en säker och trygg vård för patienten. Det är viktigt att försäkra sig om att patienten förstår informationen för att han skall kunna vara delaktig i vården.

En liknande guidebok har tidigare gjorts för datortomografiundersökningar. Den var omtyckt bland personalen. Denna guidebok är gjord i samma stil men för ultraljudsundersökningar och biopsier.

## 2 Syfte och frågeställningar

Syftet med examensarbetet är att ge personalen ett redskap för att guida utländska patienter vid ultraljud och biopsier. Denna guidebok underlättar kommunikationen mellan röntgenskötare och patient. I boken finns en bild på hur en ultraljudsundersökning kan gå till. Bilderna underlättar kommunikationen då man inte hittar ett gemensamt språk. Målet med guideboken är att patienten skall känna sig trygg och bra informerad inför ultraljudsundersökning och biopsitagning.

### Frågeställningar

- Hur skapar man en trygg vårdssituation?
- Hur ger man bra information?

### 3 Teoretiska utgångspunkter

I detta kapitel kommer respondenterna att behandla information, trygghet och bemötande. Dessa valdes för att respondenterna anser att de är grunden för en bra vård. De här begreppen går väldigt mycket in i varandra så det är orsaken till varför just de valdes.

#### 3.1 Information

Ordet *information* har sitt ursprung i det latinska ordet *informare*, som betyder ”utforma” eller ”ge form”. Information betyder samma sak som kunskap. När man informerar någon innebär det att man förmedlar kunskap. Kunskap behöver man för att veta hur saker och ting skall utföras. Människan har en egenskap som är mycket betydelsefull, nämligen förmågan att behandla information. Denna förmåga gör att människan kan ta emot nya intryck, bearbeta dem och sedan omvandla det till ny kunskap och nya handlingsätt. (Hård af Segerstad, P. 1990, s. 55-56).

I kommunikationsforskningens historia beskrivs informationsutbytet som ensidigt. Man ansåg att informationsgivaren bara ”träffade” mottagaren, och att mottagaren inte kunde påverka ”träffen”. Senare märkte man att informationsutbytet var mer komplicerat, att det var ett svårförklarligt samspel mellan två parter. (Hård af Segerstad, P. 1990, s.187).

Man kan säga att information är något som minskar mottagarens osäkerhet och ökar kunskapen hos mottagaren. För att informationen skall kunna mottagas och sändas bör den vara entydig och i ett sådant form att språkliga innehållet är begripligt. Termerna skall alltså vara sådana som både sändaren och mottagaren är överens över. Som exempel har termen ”död” olika betydelser för en präst, en läkare och ett barn. (Holmberg, K., Sandqvist, K, & Wallenius, J, u.å.).

Hur informationen tolkas är individuellt. Hur en individ uppfattar information beror på individens tidigare kunskaper och erfarenheter. Även intresse för ämnet, förkunskap om ämnet och kognitiva modeller har en betydelse i hur informationen nått mottagaren. (Holmberg, K., Sandqvist, K, & Wallenius, J, u.å.).

Intelligens har ingen direkt koppling till hur mycket information en människa kan ta emot



och uppfatta. Hur mycket information som kan tas emot beror på människans motivation och hur relevant budskapet är. Kvaliteten på informationen man tar emot varierar också, och det kan leda till skillnader i hur mycket information man kan uppfatta. En alltför stor mängd information kan utlösa stress som sedan sänker prestationsförmågan. . (Holmberg, K., Sandqvist, K, & Wallenius, J, u.å.).

Information kan ges både muntligt och skriftligt. Skillnaden mellan dessa två är att muntlig information, som också kallas för informell information, riktar sig oftast åt en liten grupp och informationen går inte att lagras. Skriftlig information, formell information, kan göras tillgänglig åt en större grupp människor för att informationen går att lagras. . (Holmberg, K., Sandqvist, K, & Wallenius, J, u.å.).

### **3.1.2. Patient information**

Vårdpersonalen är skyldig att ge patienten den information patienten behöver. Det kan då betyda att patienten behöver en tolk för att kunna förstå hur en undersökning kommer att göras. Det är viktigt att patienten förstår informationen för att själv kunna vara delaktig, alla får dock själva välja hur aktiva de vill vara angående sin vård. ( 1992/785, Finlex) .

När man informerar patienten har patienten rätt till följande information: sitt hälsotillstånd, metoder för undersökning, behandlingens inverkan samt andra vårdrelaterade faktorer. (1992/785, Finlex ).

För att patienten skall känna sig trygg och delaktig i vårdprocessen är information viktigt. När man informerar patienten skall man ta hänsyn till patientens förutsättningar och behov. Det som skall beaktas är; åldern, patientens erfarenheter, mognadsgrad och om patienten har någon funktionsnedsättning. Även patientens kultur och språk skall beaktas. Det är viktigt att ge patienten individuellt anpassad information. Informationen bör också ges i en ärlig form genom en dialog med patienten. Det är bra att kombinera skriftlig och muntlig information för att ett besked om sjukdom kan rubba patientens förmåga att ta emot information, Ett bra sätt är också att upprepa informationen flera gånger och ge patienten möjligheter att fråga ifall det är något som känns oklart eller oroväckande. (Larsson, Palm & Hasselbalch 2008 s.21., 27).

Vanligaste orsaken till klagomål inom vården är att patienter upplevt brister i information och kommunikation. Genom att ge sanningsbaserad information åt patienten kommer

patienten att känna sig nöjd med sin vård. Med andra ord skall informationen alltså ges så att patientens förväntningar är på samma nivå som vården. Detta påverkar också patientens behandling och rehabilitering positivt. Man undviker också vårdskador och missnöje hos patienten med en bra information från vårdarens sida. ( Larsson, Palm & Hasselbalch 2008 s23, 25,27).

### **3.1.3. Att producera information**

För att komplettera muntlig information kan skriftlig information användas. Skriftlig information kan ges i form av affischer, kallelser, informationsblad eller häften. Den skriftliga informationen ökar delaktighetskänslan hos både patienten och de närstående. Den ger även trygghet och självförtroende åt patienten. Skriftlig information fungerar som påminnelse åt patienten om vad som sagts och gör det lättare för patienten att komma väl förberedd till en undersökning. (Larsson, Palm & Hasselbalch 2008 s.171).

För att skapa en bra text krävs det ett noga genomtänkande och ett innehåll som är trovärdigt, ett bra språkligt innehåll samt att den grafiska utformningen är bra. Ett tydligt och snyggt format informationsblad gör att folk troligare kommer att ta del av innehållet. (Larsson, Palm & Hasselbalch 2008 s.173).

När man formar skriftlig information är innehållet viktig. Man skall se till att informationen är uppdaterat t.ex. telefonnummer och kontaktpersoner. Informationen skall även stämma överens med det material som delas ut åt patienten från någon annan avdelning. Innehållet skall också vara formulerat på ett sätt att den respekterar andra kulturer människans olika behov. Språket skal vara lättförståeligt och helst utan medicinska termer. Det är också bra att använda korta meningar och korta stycken. Ord som ”vi” och ”du” är bra att använda sig av för att göra tilltalet mer personligt. Om informationen är komplicerat är siffer-, eller punktuppställning ett bra alternativ. När man tänker på det grafiska utseendet så kan det vara bra att lämna tomrummen på sidorna genom att använda sig av breda marginaler. Pappret får helst vara blankt för att undvika ljusreflektioner. Mörk text mot ljus bakgrund ger en bra kontrast. ( Larsson, Palm & Hasselbalch 2008 s.171-173).

## 3.2 Trygghet

*"Människan behöver känna trygghet för sin hälsa. En av förutsättningarna härför är att omgivningen är sådan att hälsan inte riskeras. Man måste kunna lita på att kännedom om hälsorisker förmedlas både till en själv och till dem som ansvarar för och har möjlighet att påverka förhållanden i den miljö man lever i.*

*I tryggheten ingår att veta att hjälp står till buds när sjukdom eller skada inträffar. Detta innebär i första hand en visshet om att resurser över huvud taget finns för vård och hjälp. I andra hand ligger i denna trygghet kännedom om var och när vården är tillgänglig och på vilket sätt den våldsökande kan få del av den."* (Segesten 1994, s 9)

### 3.2.1. Grundtrygghet

Redan från barn bygger man upp en grundtrygghet. Barnet känner tillfredsställelse när olika faktorer såsom en välbekant miljö och bekanta människor finns omkring. Om dessa växlar mycket kan omvärlden få barnet att känna sig otrygg och barnet litar inte på sig själv. (Segesten 1994, s.22).

Meningen i livet sägs också vara en trygghet. Människan söker efter en mening i t.ex. kärleken eller religionen. Grundtryggheten kan rubbas av händelser som är negativa. Om detta händer i barndomen kan det påverka i vuxen ålder och hur man hanterar sitt liv då. (Segesten 1994, s. 23-24).

### 3.2.2. Situationsrelaterad trygghet

Människans styrs delvis av innebörd som kan uppfattas individuellt eller i sociala grupper. Hur människan handlar i olika situationer påverkas av hur hon tolkar situationen. Det finns huvudsakligen fyra faktorer som påverkar hur man tolkar en situation. Det första är vad man ser eller hör, dvs. biologiska faktorer. Det andra är erfarenheterna man har från sitt liv. Sedan kommer uppfattningen av den situation som pågår, som väcker känslor och associationer. Till sist finns förmågan att förutse vilka konsekvenser ens handlingar har i framtiden. Trygghet har ofta samband med bekanta personer, och därför påverkar faktorer såsom tillit och pålitlighet handlingen. (Segesten 1994, s. 25-26).

### 3.2.3. Trygghet och otrygghet

Trygghetskänslan kommer från att man är nöjd med sin livskvalité. Man vet själv vilka resurser man har för att upprätthålla livskvaliteten och därför känner man sig trygg. Grundtryggheten bidrar också här. Om resurserna rubbas av något kan tryggheten gå till otrygghet. För att sedan bli trygg igen gör individen en av följande saker: hon utplånar hotet eller så blir det en del av livet och tryggheten byggs på nytt från den nya situationen. (Segesten 1994, s.30-31).

### 3.2.4. Otrygghet i vårdssammanhang

Sjukhusvistelsen kan tillsammans med sjukdomen skapa en känsla av otrygghet. Patienterna känner det hotfullt att inte veta vad sjukdomen är eller hur allvarlig den är. Det kan kännas tryggare för patienten att t.ex. ha en hjärtinfarkt än en njursjukdom, för att hon vet vad en hjärtinfarkt är men njursjukdomen är främmande. Prover och diagnostisering, såsom röntgen, kan väcka oro när patienten inte vet varför de tas och vilken koppling de har till sjukdomen. Patienten kan också känna sig begränsad av sjukdomen när hon inte vet vad som kan hända, och vågar därför inte åka på en resa eller alls lämna sjukhuset. (Segesten 1994, s. 41-42).

Otrygghet kan uppstå också när man får höra olika anvisningar av olika läkare. Den ena säger att man får vara uppe och gå, den andra bestämmer att man måste vara i säng. Patienten blir förvirrad och börjar tvivla på om vården är rätt. En del patienter känner sig också som försökskaniner när olika läkemedel och prover testas. Man börjar också tvivla på sig själv, om man klarar av att uppfylla de krav som man får från sjukhuset. Man är rädd att man skall t.ex. glömma att ta en tablett, och vad som är följderna av det. (Segesten 1994, s. 43-44).

Patienterna har en hel del förväntningar på hur personalen på sjukhuset skall vara. Speciellt läkarnas attityder är något som man lägger märke till. Tålmod, vänlighet och intresse för patienten är viktiga, för att inte glömma att man skall lyssna på dem och ta dem på allvar. Det berättas i boken om att en patient kände sig nonchalerad när en läkare förnekade hennes smärta för att den inte stämde överens med fynden i röntgenbilden. Kontakten med personer som respekteras högt, såsom överläkare, är också viktigt för patienten. En annan patient berättar att överläkaren hon fick träffa var oantastbar. Alla dessa bidrar till att patienten känner sig trygg i vårdmiljön. (Segesten 1994, s. 53-54).

### 3.2.5. Att skapa trygghet och trygghetsprincipen

Grundtryggheten är det man utgår ifrån som vårdare. För att skapa trygghet för patienten i obekanta vårdssituationer behöver man först veta vad patienten oroar sig för. Om man kan identifiera patienter som är otrygga med sitt tillstånd kan man också hjälpa dem. Det är viktigt att ge rätt information, och sedan hjälpa patienten att förstå det och hantera det. Som vårdare behöver man visa patienten uppmärksamhet med att t.ex. fråga: Är det något du undrar över? Patienterna kan ha svårt att förstå främmande ord, som t.ex. latinska namn, därför behöver man hålla sig till ett enkelt språk. (Segesten 1994, s. 64).

Eriksson (1986) skriver i sin bok om olika vårdprinciper, där trygghetsprincipen också nämns. Det behövs både yttre trygghet, som innebär att omgivningen känns trygg, och inre trygghet. Om någon eller något inkräktar i ens intimitetszon, som kan vara både fysisk och mental, känner sig människan ofredad. Man förknippar trygghet med att vara fredad, och otrygghet med att vara ofredad. Men en patient kan vara otrygg fastän han är fredad. (Eriksson 1986 s. 108-109)

Man kan dela in formerna av trygghet och att vara fredad i olika fack. Man talar om att inre och yttre säkerhet, förtrostan och självmedvetenhet har att göra med om man känner sig trygg eller otrygg. Fredad eller ofredad har då i sin tur att göra med om man har kontroll över sitt revir och integriteten. (Eriksson 1986 s. 109)

### 3.3 Bemötande

Ordet bemötande har många synonymer t.ex. uppträdande, behandling och mottagning. Bemötandet handlar om hur man tar emot en patient, hur vi hälsar, vårt kroppsspråk och ögonkontakt. Studier visar att patienter anser bemötandet viktigt inom vården. Man vet att bemötandet har betydelse inom vården. Om man bemöter en patient fel kan det leda till negativa konsekvenser både för patienten själv men även patientens anhöriga kan lida. I studier framkommer att patienter anser bristen i bemötandet beror på att personalen är okunnig, personalen är osäker eller personalen saknar bedömningsförmåga (Fossum, 2013, s. 33-34).

För att bemöta en patient på bästa möjliga sätt krävs hjälpsamhet, vänlighet och människosyn. Respekt, värme och någon form av kvalitet och innehåll är också viktiga för att kunna bemöta patienter på ett optimalt sätt. Bemötandet är svårt, att jämt vara artig,

respektfull, stödjande och vänlig kan vara utmanande för en vårdare. Dessa faktorer är dock viktiga för att få vården att fungera på ett gott sätt. För att få en helhetsbild om vad bemötande är kan man ställa sig två frågor; Hur vill jag själv bli bemött i vården? Hur vill jag själv bemöta mina patienter?( Fossum, 2013, s.33-37, 39).

Bemötande i vården är till största del en kommunikationsprocess. Bemötandets viktigaste redskap är språket eller närmare sagt en dialog. I dialogen har vårdpersonalen sin speciella kompetens medan patienterna är experter på sina egna upplevelser. ( Robertson 2013, vårdhandboken).

Alla har rätt till ett gott professionellt bemötande oavsett kön, ålder, religion, trosuppfattning, sexuell läggning eller funktionshinder. Dessa gäller i alla situationer oberoende om man är patient eller anhörig. Som vårdare har man skyldighet att presentera sig åt patienten. Vårdaren skall också ha en namnskylt där vårdarens namn och vilken uppgift de har i vården. (Pellinor 2015, 1177).

## 4 Teoretisk bakgrund

I kapitlet kommer respondenterna att beskriva ultraljud, tekniken bakom den samt vilka organ som kan undersökas med ultraljud. Ultraljud valdes eftersom det är arbetets kärna. Ultraljudsledd biopsitagning kommer också att presenteras för att den har en anknytning till examensarbetet. Respondenterna ville också berätta om grunderna för aseptik. Det är viktigt att vara medveten om aseptiska arbetssätt inom vården för att undvika situationer där smittor och infektioner kunde sprida sig.

### 4.1 Ultraljud

År 1962 rekonstruerades en bildtagningsapparat som hade kontakt med huden. Idag kallas denna apparat för ultraljud. Denna metod får hela tiden mer användning inom gynekologin, kardiologin, ögonsjukdomar och vid undersökning av buken. Ultraljud används som undersökningsmetod både bland barn och vuxna. Undersökningen är ofarlig både för personalen och för patienterna. Ultraljud används också i samband med biopsier, för att föra biopsinålen på rätt ställe i den vävnad som man vill ha en provbit av. Ultraljud används även i samband med endoskopi och när man vill avbilda kroppens ihåligheter. (Kiuru 1985, s. 81).

Ultraljud är en undersökningsmetod där man använder sig av ljudvågor. Ljudvågorna är så höga att människor inte kan höra dem. Ljudvågorna sänds in i kroppen med hjälp av en ultraljudsgivare, som är en sändare. För att en växelverkan mellan det organ som skall undersökas och ultraljuds utrustningen krävs gelé. Gelén som stryks ut på patienten är främst gjord av vatten och det är lätt att torka bort den efter undersökningen. Konsistensen är kladdig och den känns kall på huden. Ljudvågorna träffar organ och vävnader som sedan reflekterar ljudvågorna tillbaka till ultraljudsgivaren, som nu fungerar som en mottagare. Med hjälp av en dator omvandlas de reflekterade ljudvågorna till en rörlig bild av vävnad och organ. Bilderna kan sedan sparas (Andersson 2010, 1177 & Sora m.fl. 2002 s. 245).

Ljudvågor är energi. För att ljudvågorna skall kunna framskrida krävs det därför mellansubstans. Ljudvågorna framskrider sig olika i olika mellansubstans. Även tätheten i mellansubstansen har en inverkan på hur ljudvågorna tar sig fram. (Andersson 2010, 1177).

När undersökningen utförs kan patienten, ligga, stå eller sitta. Ställningen beror på vilket

organ i kroppen som skall undersökas. En ultraljudsundersökning är helt smärtfri, fastän läkaren ibland måste trycka hårt med ultraljudsgivaren. Det finns inga bevis på att ultraljud skulle orsaka skador på människor på grund av att energinivåerna är så låga.

Ultraljudsvågorna ger en värmeutveckling, men den är så obetydlig så människor inte kan känna av den. (Andersson 2010, 1177)

Med ultraljud undersöker man organ och vävnader i kroppen som innehåller vatten. Hit hör t.ex. gallblåsa, blodkärl, lever, livmoder och njurar. Med ultraljud kan man även undersöka vissa delar av skelettet hos barn. Det förutsätter att skelettet inte ännu har förbenats, vanligt är det med ultraljud av höftlederna på småbarn. Vuxnas skelett går inte att undersökas med ultraljud på grund av att ljudvågorna kommer att studsas tillbaka till skelettets yta. Luft försvårar undersökning med ultraljud, därför kan lungorna inte undersökas, även luft i tarmarna och magsäcken gör undersökningen svår att diagnostisera. (Andersson 2010, 1177).

För vissa undersökningar måste man göra förberedelser. Undersökning av hela buken kräver att patienten skall vara fastande 6 timmar före undersökning. Vanliga mediciner får tas och en liten mängd vatten får intas. Om undersökningen riktar sig mot bäcken området bör urinblåsan vara fylld. Förberedelserna görs för att läkaren skall kunna se ordentligt, om tarmkanalen är fylld med luft blir undersökningen svårare för läkaren. (Andersson 2010, 1177).

## **4.2 Biopsi**

Vid bildtagning kan läkaren ibland se förändringar. När man på bild sett en förändring strävar man alltid efter att få en provbit av den, en biopsi. Ordet biopsi kommer från grekiska, där bios betyder liv och opsis betyder syn. Biopsi är antingen ett vävnadsprov eller ett cellprov som tas från levande vävnad. ( Mustajoki & Kaukua 2008, Terveyskirjasto).

Otypiska förändringarna kräver ofta mer undersökningar för att en slutlig diagnos skall kunna ställas. Vanligen är det en biopsi som görs och som sedan skickas till patologen för undersökning. Det är speciellt viktigt att undersöka förändringen om man på bild sett en tumör eller en knöl, som man vill ha mera information om. ( Mustajoki & Kaukua 2008, Terveyskirjasto).



Vanligtvis tas provbiten med en biopsinål som man sticker genom huden. Huden är bedövad. Nålens rörelse följs med ultraljud, på så vis försäkras man sig om att man är på rätt ställe och att inte närliggande vävnad tar skada. Beroende på var förändringen finns strävar man till att få antingen en cell-, eller vävnadsprov. Cellprov kan man ta med en finnål, då suger man in tumörens celler i nålen. I finnålsbiopsi lossnar cellerna från varandra, och man får inte reda på hur cellerna bildar vävnadsstruktur. Svaren visar endast ifall man har cancer eller inte. För att vidare karaktärisera cancerformen krävs vävnadsprov. Vävnadsprov tas med en grovnål, i grovnålsbiopsi sitter vävnadsbitarna ihop och man kan undersöka vävnaden och hur de maligna cellerna växer i omliggande vävnad. ( P. Mustajoki & J.Kaukua, 2008, Terveyskirjasto)

Ifall tumören är belägen nära huden och det inte finns några anatomiska hinder mellan huden och tumören är biopsin relativt lätt att utföra. Om tumören befinner sig djupt i kroppen är det betydligt svårare att göra en biopsi. Cell- och vävnadsprov tas även från andra vävnader, inte bara tumörvävnad. ( Mustajoki & Kaukua 2008, Terveyskirjasto).

Om patienten äter blodtunnande mediciner måste dessa pausas en stund före provtagningen. Även blodprov bör tas för att försäkra sig om att man inte har en ökad risk för blödning. Vanligtvis har patienterna inte ont efteråt.( Andersson 2010, 1177)

Vid finnålsbiopsi, cellprov, krävs ingen eftervård. Provtagningsområdet får också blötas redan samma dag. Vid grovnålsbiopsi, vävnadsprov, är eftervården längre. Efteråt blöder provtagningsstället inte skärskilt mycket men skötaren trycker ändå på i cirka 10 minuter. Blåmärken är också vanliga och den kan hålla i flera veckor, även smärta är vanligt. Smärtstillande läkemedel kan intas t.ex panadol och burana men smärtstillande läkemedel såsom aspirin eller disperin bör undvikas för de ökar blödningsrisken. Man skall också undvika tunga lyft på undersöknings dagen. Duschas får man efter två dygn. (KIURU 2014)

### **4.3 Aseptik**

Aseptik innebär att man på alla möjliga sätt försöker förhindra att en infektion uppstår. Man vill skydda människor från att bli smittade av mikrober. Man ser till att mikroberna inte sprider sig till patienten, vårdinstrument, personalen och omgivningen. När man talar om sjukhushygien menar man grundhygien, dvs. man tvättar händerna, tvättar redskapen man använder, ser till att omgivningen är ren samt att man arbetar aseptiskt. (Karhumäki,

Jonsson & Saros, 2010, s. 59).

Man talar om att man har ett aseptiskt samvete. Det innebär att man själv är ansvarig över att man utför sitt arbete aseptiskt. Utgångspunkterna är då en aseptisk ordningsföljd och enligt sterila grunder. Man skall arbeta likadant oberoende av vem som ser på. Det är också viktigt att man följer de instruktioner som är skrivna, och att man håller sina kunskaper uppdaterade. (Karhumäki, Jonsson & Saros, 2010, s. 59).

För att kunna arbeta på ett aseptiskt sätt behöver man planera arbetet. Man börjar alltid med det renaste och går till det smutsiga. Det gäller allt från sårvård till städning till läkarbesök. Det är viktigt att de som inte bär på någon smitta eller infektion inte heller får det, därför sköter man t.ex. först de utan infektion och sist de som har någon infektion. (Karhumäki, Jonsson & Saros, 2010, s. 59).

#### **4.3.1 Handhygien**

Med bra handhygien förhindrar man mikrober från att sprida sig via beröring. Därför är handhygien en väldigt viktig grund. Man skyddar också sig själv från att bli smittad. Det är bra att ha en rutin med handtvättning och användning av desinfektionsmedel. (Hirvonen, Karhumäki & Tuominen, 2008, s. 116).

En viktig förutsättning för god handhygien är att huden är hel. Händer som är torra eller har sår är svårare att rengöra. Smycken såsom ringar och klockor samlar under sig en massa mikrober, därför lönar det sig att ta bort dem. Dessutom kan rengöringsmedel som lämnar under smycken orsaka utslag. Nagellack skadas och nöts av desinfektionsmedel, och kan falla bort i bitar. Därför skall man inte använda nagellack i vårdarbete. Det lönas också att hålla naglarna korta, eftersom det är då lättare att hålla det rent under naglarna. (Hirvonen, Karhumäki & Tuominen, 2008, s. 116).

#### **4.3.2 Vårdinstrumentens renlighetsgrad**

Det finns fyra olika renlighetsgrader på vårdinstrument; ren, desinfekterat, high level disinfection och sterilt instrument.

Man kan dela rena instrument i två olika grupper, ren och fabriksren. Ett rent instrument är

tvättad och torkad, men inte desinfekterad. Ett fabriksrent instrument är ofta en engångsvara, såsom rondskålar och kompresser. Varan är fri från skadliga mikrober. Det är tillverkaren som ansvarar för varans renlighet.(Hirvonen, Karhumäki & Tuominen, 2008, s. 126).

Ett desinfekterat instrument är ett instrument där alla levande mikrober är eliminerade. Det kan däremot finnas mikrobsporer, som kräver sterilisering för att dödas. Desinfektionen kan göras på två olika sätt, med fysikaliska eller kemiska metoder. Många vårdinstrument tål enbart kemisk rengöring. Vårdinstrument som vanligtvis desinfekteras är återanvändbara syremasker, svalgtubar och örontrattar.(Hirvonen, Karhumäki & Tuominen, 2008, s. 126).

High level disinfection kan också kallas för ”vätskesterilisering” eller höggradigt desinfektion. Instrument som är rena av den här graden är t.ex. endoskop. Med den här metoden kan man eliminera också mikrobsporerna, men uppfyller ändå inte kraven för att få kallas sterilt. Endoskopin blir luftkontaminerad genast då man öppnar luckan till desinfektionsmaskinen. (Hirvonen, Karhumäki & Tuominen, 2008, s. 126).

Sterilt instrument är ett instrument som är rengjord, desinfekterad, granskad, packad, steriliserad och förvarad. Mikrobsporerna har man eliminerat med antingen ånga, gas, lågvärmeplasma, varm luft eller med strålning. (Hirvonen, Karhumäki & Tuominen, 2008, s. 126).

## 5 Tidigare forskning

Respondenterna har sökt forskning i följande databaser: SweMed+, UNESCO och Springerlink. Artiklarna som respondenterna har använt är alla från Springerlink. Springerlink var allra lättast att söka i, och artiklarna där gav respondenterna den information de var efter. Som sökord har respondenterna använt: healthcare, language differences, biopsy, fear, ultrasound, history, abdomen, patient, information, instruction, leaflet, written information, patient anxiety, patient comfort. Sökorden gav flera tusen träffar, men respondenterna valde ut de mest relevanta.

Respondenterna har också sökt artiklar i olika vårdtidningar. Tidningarna som användes var Pinsetti och Sairaanhoitaja. Där hittade respondenterna två artiklar som hade teman som passade i examensarbetet.

För att få en kort översikt över vad artiklarna handlar om gjorde respondenterna en artikeltabell. Den hittas som bilaga 1 till examensarbetet.

### **Schyve ( 2007 )** Language Differences as a Barrier to Quality and Safety in Health Care

Vårdaren med sina kolleger samlar ihop information genom konversationer med patienten och hennes familj, observation av patienten, fysisk och psykisk test, laboratorieprov och bildtagning. Vårdteamet skapar då en diagnos och prognos och samtalar med patienten om vidare åtgärder och vård.

Ju mer vården är patient- och familjecentrerad, desto mer kommunikation krävs mellan vårdare och patient med familj för att förstå patientens perspektiv och få patienten mer delaktig i vården.

Om förklaringar saknas, blir kommunikationen inte effektiv, kan ombesörjandet av vården sluta. Vården kan då också bli fel, ha dålig kvalitet och rubba patientens säkerhet.

Det talas om 3 olika barriärer som måste övervinnas för att få effektiv kommunikation. Det första är språkskillnaderna, det andra är kulturella skillnader och det tredje är brist på läs- och skrivkunnighet.

I en högstandardiserad vård krävs det att man kommer över alla dessa barriärer och får effektiv kommunikation med patienten och hennes familj.

Patienten har rätt att få höra hela sanningen gällande hans tillstånd. För att vården skall bli av bra kvalitet bör kommunikationen vara effektiv. För att vården ännu skall bli säker och trygg för patienten måste de tre barriärerna övervinnas.

Studien visar att patienter med begränsade kunskaper i engelska språket är mer benägna för felaktig vård än engelskspråkiga patienter.

**Akay, Karasu, Noyan, Pala, Musoglu, Ilter, och Batur (2006)** Liver Biopsy: Is the pain for real or is it only the fear of it?

Forskningen är gjord inom området för lever biopsi. Forskningen gjordes för att ta reda på smärtupplevelsen hos patienter före, under och efter en leverbiopsi. Man ville få reda på ifall det fanns en korrelation mellan smärta och känslomässiga tillståndet hos patienter. I forskningen deltog 118 personer som var mellan 19-68 år, och för första gången med om en lever biopsi.

I forskningen använde man sig av följande metoder. Patienternas sjukdomshistoria, VAS(Visual Analogue Scale) och MMPI(The Minnesota Multiphasic Personality Inventory)

Resultatet visade att kvinnor var mer rädda för smärta inför biopsin än männen. Alla svaranden trodde proceduren vara mer smärtfyllt än den egentligen var. Forskningen visade också att det finns två orsaker till oro hos lever biopsi patienter. En har att göra med själva proceduren och de möjliga komplikationerna. Den andra är relaterad till sjukdomen.

Enligt resultatet kan smärtupplevelsen förminskas genom att informera patienten om biopsitagningen samt om sjukdomen. En smärtfri upplevelse kan delvis uppnås med lugnande läkemedel som tas oralt, men enligt forskarna är bästa sättet att diskutera med patienten.

Slutsatsen i forskningen är att det finns en stor skillnad mellan den förväntade smärtan och den egentliga smärtan i lever biopsin. Genom att informera patienten om biopsitagningen samt sjukdomen är problemet nästan löst.

**Daignault, Saul & Lewiss (2012)** Bedside ultrasound diagnosis of atraumatic bladder rupture in an alcohol-intoxicated patient: a case report

Den alkoholförgiftade patienten är en utmaning för akutläkaren, både gällande diagnostiseringen av skadan och behandlingen av den. Patienten kan vara oförmögen att berätta vad som hänt, och kan ha ospecifika buksmärtor. Bakom dessa buksmärtor kan ligga allt mellan magkatarr och bukhinneinflammation. Sjukdomsförloppet kan också vara förlängt för patienter med en historia av stor alkohol konsumtion. På grund av hög mortalitet bland patienter med spräckt urinblåsa som inte upptäckts och behandlats i tid, kan ultraljud som görs i sängen påskynda diagnostiseringen och behandlingen av denna kirurgiska nödsituation.

En 18-årig man kom till akuten på grund av att han hade flera gånger spytt klarrött blod och hade buksmärtor. Han berättade att han hade druckit tequila tills han miste medvetandet kvällen innan, men nekade ett dagligt alkoholdrickande. Symtomen började på morgonen när han vaknade, ca en timme innan han kom till akuten. Han hade vaknat med blodfärgad spya i ansiktet och på kläderna och var blek och svag. Patienten var utländsk och förnekade att de skulle finnas några bidragande faktorer i hans sjukdomshistoria. Han hade inte heller fallit nyligen, eller haft feber, frossbrytningar, diarré, blod i avföringen eller blödningar i mag- och tarmkanalen.

Man kollade hans vitala funktioner och fick följande provsvar: blodtrycket låg på 106/63 mmHg, pulsen på 116 slag/min och kroppstemperaturen var 36,7 ° C. Patienten verkade illamående, grimaserade av smärta och höll om sin mage. Det fanns inga tydliga tecken på missbildning eller trauma på buken. Buken var delvis öm för palpation, speciellt i mitten av övre och nedre buken. Patienten fick en i.v. kanyl, dropp, och man tog blod- och urinprov och skickade dem till laboratoriet. Urinprovet visade stora halter av blod och protein. Man lade in en näs-magslang och från tarmsköljningen såg man klimpar av blod. Patienten klagade på att nedre buken svällde upp och att han inte kunde urinera. Man katetriserade patienten och ut kom blodblandat urin.

Man gjorde ett ultraljud åt den sängliggande patienten och fann vätska mellan levern och högra njuren, samt vätska mellan vänstra njuren och mjälten. Väggarna i urinblåsan var otydliga, och bakom urinblåsan fanns det något som såg ut som koagulerat blod. Patienten hade svåra smärtor trots bedövande smärtstillande.

Man konsulterade en urolog, och snabbt därefter gjorde man en datortomografi (CT) undersökning av buken och bäckenet. CT:n bekräftade misstanken om vätskan i buken, och

man fann också en stor hematoma i lägre buken. Urinblåsan hade fallit ihop runt katetern. Dessa fynd stämde överens med en spräckt urinblåsa.

Patienten fördes snabbt till operationssalen där han fick antibiotika. Man gjorde en laparotomi som ytterligare bekräftade diagnosen. Man jämnade kanterna på blåsan och sydde ihop hålet. Patienten återhämtade sig snabbt och fick åka hem tre dagar efter operationen.

I akuta omständigheter kan sprucken urinblåsa vara en komplikation av både yttlig och genomträngande skada. Blåsan kan också spricka utan något trauma. En del författare menar att det har blivit allt vanligare med sprucken blåsa efter stora alkoholintag. När en människa är alkoholförgiftad har hon/han svårare att uppfatta blåsan full, och det höjer risken för att blåsan skall spricka. När blåsan blir full töjs den ut och väggarna blir tunnare, därför behövs det inte något stort slag för att den skall spricka.

I många fall där sprucken blåsa beror på stora alkoholintag är prognosen god, om skadan upptäcks och behandlas i tid. För några årtionden sedan var det inte lika bra ställt, en författare rapporterade år 1959 en serie med patientfall där mortaliteten var 50 % bland alkoholförgiftade patienter med sprucken blåsa. År 2005 rapporterade en annan författare att mortaliteten var 22 % bland patienter med sprucken blåsa orsakad av mindre trauma. Man har spekulerat att de höga dödlighetssiffrorna beror på att det tar länge innan diagnosen framställs och att skadan åtgärdas. I många fall där patienterna inte minns gårdagens händelser och inga yttre skador syns till blir ställningen av diagnosen framskjuten eller så hittar man inget fel. Många drabbade tror också att de bara har en svårare bakfylla, och förstår inte att söka hjälp strax.

Av dessa orsaker som just nämndes är ultraljud som görs åt sängliggande patienter med oförklarbara buksmärter en idealisk undersökning. På grund av den vätska som läkaren såg i buken kunde han misstänka att blåsan hade spruckit.

Författarna vill tipsa akutläkarna om att det finns en möjlighet för sprucken blåsa vid oförklarbara buksmärter, speciellt gällande nedre buken, efter stora mängder alkoholdrickande. Akutläkaren borde också undersöka både främre och bakre vätskeområden, och kolla om blåsan ser normal ut. Ultraljud kan inte helt utesluta sprucken blåsa, men det kan visa väg för vad man skall börja undersöka närmare.

**Pfeiffer och Ridder (2010)** How safe is the use of ultrasound-guided cutting needle biopsy in the head and neck?

Syftet med forskningen var att ta reda på hur CNB (cutting needle biopsy) tillämpar sig för provtagningar i huvud- och nackregionen. Undersökningen påbörjades i april 2003 och slutfördes i januari 2010. Man valde ut 200 patienter som skulle genomgå en CNB av huvud eller nacke. Åldersgruppen var mellan 17-100 år, varav 62 var kvinnor och 138 män.

I forskningen ville man veta vad som leder till komplikationer när man utför en CNB. Man dokumenterade ner både lindriga och svåra komplikationer. Till lindriga komplikationer räknades; små blödningar, lindrig hematom, temporär nervpuls och försämrad sårhäkning. Svåra komplikationer var pneumothorax, stora skador på blodkärl, bildning av abscess och fistel, och en ständig nervpuls. Forskarna studerade också ifall det fanns ett samband mellan tidigare radiologiska undersökningar (4 eller 4 veckor mindre före CNB). Man forskade också om det fanns en korrelation med om patienten varit inlagd eller kommit hemifrån till CNB. Forskarna iakttog även bedövningens och anestesiens inverkan, förändringens storlek, nålens storlek, tidigare operationer och om man fått strålbehandling till biopsiområdet.

För 153 patienter gjordes biopsin i bedövning och 47 patienter fick anestesi. Av 200 patienter var det 88 stycken som kom till biopsin från en avdelning, resten kom hemifrån. 82 av 200 patienter hade genomgått en radiologisk undersökning 4 veckor (eller mindre) före CNB.

Från forskningen utgick det att CNB orsakat lindriga blödningar på två av patienterna, en patient led av en tillfällig försvagning i ansiktet, sårhäkningen var svagare hos en patient efter CNB. Två svåra komplikationer uppkom på grund av CNB. En patient fick pneumothorax 5 timmar efter CNB. Troligtvis var orsaken till komplikationen nålens storlek, pleuran blev skadad. Den allvarigare komplikationen orsakade död hos en äldre man. 48 timmar efter CNB han dog i stroke, Forskarna påpekar här att mannen 35 år tidigare fått stroke.

Enligt forskningen krävs extra försiktighet då man tar CNB av patienter som har genomgått en nackoperation och fått strålbehandling. Även då bedömningen av förändringsområdet är svårt krävs omtanke. Riskerna är aldrig obetydliga. Slutsatsen i



forskningen är ändå CNB är en säker och pålitlig provtagningsteknik som man kan använda sig av då provbitar krävs för diagnostik då patienten lider problem i huvud- och nackområdet

**Pellisé & Sell (2009)**, Patient information and education with modern media: the Spine Society of Europe Patient Line

I årtionden har läkare varit i den dominerande rollen i deras relation med patienter. Läkarna ansåg att deras ansvar var att bestämma vården för patienterna. Nuförtiden är det allmänt acceptabelt att patienten aktivt är med i bestämmandeprocessen. Patienten är inte längre bara ett testobjekt för diagnoser och medicinsk behandling. Patienterna vet mer om hälsovården, därför vill de ta del av information och välja behandlingsformer. I den moderna hälsovården är förutom information och delaktighet i vården också vårdetik och respekten för patientens självbestämmanderätt viktiga faktorer. Man har dock stött på svårigheter med att förse patienter med relevant information. Tiden räcker ofta inte till att förklara hälsotillståndet och presentera alla möjliga behandlingsformer för patienten. Läkarnas traditionella sätt att informera är inte tillräckliga för alla patienter. Information kan i vissa sammanhang vara lika terapeutiskt för patienten som t.ex. operation eller medicinering. När patienten vet mer har de mer realistiska förväntningar och slutresultatet av vården blir bättre.

Man anser att det finns tre delar i patient upplysning; endast information, rådgivning och beteendebehandling.

Endast information -delen innebär att information ges i sin enkelhet t.ex. muntligt eller broschyrer. Patienter behöver information för att de skall förstå vårdprocessen och var felet ligger. Patienten får en realistisk uppfattning av prognosen och vet hur man kan vårda sig själv samt var man kan söka hjälp och stöd. När patienten är väl informerad kan han lättare förebygga ytterligare sjukdomar och själv söka mer information och på så vis få viljan att samarbeta. Då kan patienten också hjälpa andra att förstå deras sjukdom. Patienten kan också hitta det bästa vårdutbudet då han blivit bra informerad.

Rådgivning inkluderar ingripande i form av socialt stöd och ge patienterna möjligheten att diskutera sina hälsorelaterade problem. Man vill råda patienter att främja deras hälsa så att de klarar av att leva med sin sjukdom. Det innebär att man vill hjälpa patienterna att förstå

deras tillstånd eller att välja den bättre behandlingen av två.

Beteendebehandlingen innebär att man försöker ändra på beteendet genom beteendestruktioner, träna färdigheter och biofeedback.

Att ge information är det centrala i lärande aktiviteter. Det är en grundläggande faktor i relationen mellan läkare och patient. På grund av dålig information har många patienter missuppfattningar. Det kan hjälpa läkande processen om patienten förstår sitt hälsoproblem. Om patienten däremot är rädd eller har en felaktig uppfattning om sin sjukdom kan det påverka läkandet negativt, speciellt vid ryggskador. Patienter som lider av högt blodtryck bör vara själv aktiva i behandlingen, för det är till fördel för dem själva. Gällande bröstcancerpatienter så har en läkare som konsulterar patienten en positiv inverkan på patientens oro och eventuell depression. Så en läkare som är likgiltigt inställd för patientens värderingar och preferenser kan ge en olämplig vård för patienten.

Patienter klagar ofta om att det är svårt att få tillräcklig och pålitlig information. Det kan bero på att de inte är mottagliga för den information som ges åt dem. De kanske inte förstår och kan inte återberätta senare den information de fått. Att kunna återberätta information är inte detsamma som att förstå och tillämpa nya kunskaper. Patienter glömmer bort hälften av det som de hört inom 5 minuter efter att de lämnat läkarmottagningen. Det är också lätthänt att vårdpersonalen glömmer att förmedla viktig information åt patienten. Vi måste se till att patienten får skriftlig eller audiovisuell material som de själv har nytta av och som de kan diskutera om med vårdpersonalen.

En fullkomlig helhetsbild är något som patienten vill ha, så länge som det presenteras i icke-alarmerande stil. Vi måste vara ärliga. Patientinformation är ofta framlagd så som läkare tror att patienter vill ha eller vill veta. Informationsblad, häften, böcker, videon och information på nätet har ökat avsevärt under senaste åren. Det mesta av dem är baserade på teorier än bevis. Informationsmaterial måste innehålla vetenskapligt pålitlig information och presenteras i sådan form som är lämplig för patienter, samt vara aktuell.

Från den litteratur som finns framgår det att effekten av lärandet och kliniska nyttan är oklara. Det finns två stora nackdelar. Statistiskt sätt är fördelarna små och kortvariga. Det som oftast är problemet är den bristfälliga kännedomen för principerna i hälsoupplýsning och för hur programmet är uppbyggd. Man måste prioritera innehållet i upplýsningen och använda sig av validerade instrument för att mäta resultaten av patient upplýsning. Dessa

två är viktiga steg för att man skall kunna förbättra på resultaten. Nyare forskning ger orsak till att tvivla på om patientupplysningen är till fördel inom alla områden i vården. Det kommer fram att framtida forskningen borde vara sjukdoms specifikt. Beroende på vilka behandlingar som väljs och vilka valmöjligheter som finns är nyttan av patientupplysningen olika.

### **Lauritsalo, M-L. (2014) Ryhtiä pientoimenpiteiden aseptiikkaan**

Man har under årtionden kämpat mot infektionsorsakande mikrober, men trots det uppkommer infektioner. Epidemier har minskat tack vare information och bättre hygien, men infektioner i vårdsammanhang har blivit ett stort problem i dagens välfärdssamhälle. Operationsenheterna i sjukhusen anses vara de ställen där personalen behärskar aseptiken, handhygien och sterila principer bra. Man gör ändå många olika ingrepp utanför operationssalen. Man borde tänka på aseptiken så att det blir säkert för patienten, när man utför mindre ingrepp.

Med invasiva ingrepp menar man ingrepp som görs in i kroppen. Det innebär alltid en infektionsrisk. Huden och slemhinnorna utgör det viktigaste skyddet för kroppen, de hindrar mikrober från att tränga in i vävnader. Beroende på graden av renlighet väljer man fabriksrena, desinficerade eller sterila vårdinstrument. Både omgivningen och antalet personer lägger till utmaningar för att man ska lyckas att arbeta aseptiskt.

Till mindre ingrepp räknas de ingrepp som görs utanför operationssalen såsom i uppvakningen, på intensivvården, på röntgen, på poliklinikerna, avdelningarnas ingreppsrum och patientrum. Ingreppen kan vara t.ex. olika kanyleringar, att sy sår, endoskopier eller biopsier. Det är varje vårdarens skyldighet att se till att man utför dessa ingrepp aseptiskt, oberoende om man är ensam eller om någon ser på. Ingreppet måste göras med tanke på patientsäkerheten, det får inte bli fara för patienten på grund av misstag, glömska eller brådska. Pengar eller brådska är inte tillräckliga orsaker för att vansköta aseptiken eller handhygien.

En aseptisk handling grundar sig i god personlig hygien. Med rätta arbets- och skyddskläder och med användning av olika skydd förhindrar man att smittor och infektioner sprids. Det väsentliga är strikt handhygien och att man håller fast vid aseptiska

principer och arbetssätt. Vanemässiga säkerhetsåtgärder gäller alltid, och de är rätt handhygien, rätt användning av skydd, rätta arbetssätt, undvika stick- och skärolycksfall samt rätt hantering av vårdinstrument, tvätt och avfall.

Sterila handskar kan gå sönder under ingreppet eller redan vid förberedningen, och genom hålen kan mikrober från aktören sprida sig till ingreppsområdet. Från ett osynligt stickhål kan det på 20 minuter sprida 40 000 mikrober. Mun-nässkydd är onödig vid utförandet av mindre ingrepp. Om det däremot finns risk för att det skvättar kan det fara för personalens egen säkerhets skull att man använder mun-nässkydd. Det gäller också om personalen har en luftburen smitta. Mun-nässkydden är en engångsvara och skall bytas mellan varje patient, man skall också klä på den på rätt sätt. Hårskydd och skyddsjacka skall användas för att bibehålla aseptiken och steriliteten.

Aseptiska principer som också gäller vid mindre ingrepp är följande: all material skall vara sterilt, steriliteten skall vara försäkrad, sterila instrument skall hållas sterila dvs. instrumenten får inte röra paketets kanter, instrument får inte ges över det sterila bordet, man får inte fälla saker på det sterila bordet, det "nästan sterila" finns inte, man måste meddela ifall något kontamineras.

Engångsvaror är enligt sitt namn för en gångs användning. De används bara vid ett ingrepp och en patient. Varan får inte användas på nytt, spara åt nästa eller steriliseras till nästa gång. Tillverkaren ger bruksanvisningar och de skall följas.

Det aseptiska samvetet är ett etiskt värde och anvisning om hurudan vård patienten får och hur vården utförs på patienten. Det innebär att man binder sig vid att arbeta på aseptiskt sätt. Man måste reagera strax om det händer fel i aseptiken. Det är personalens skyldighet att dokumentera sådana händelser, det är också patientens rättssäkerhet. Det finns en möjlighet att göra en HaiPro-anmälan som ett sätt att förbättra patientsäkerheten. I rapporterna kan användarna läsa om incidenter och lära sig, och hälsovårdens styrelse för följa med beredskapens tillräcklighet och om ingreppens påverkan.

Att minnas: nivån på aseptiken är enligt den svagaste länken.

**Helovu** (2012), Potilasturvallisuus edellyttää avointa viestintää.

I många undersökningar har det framgått att brist i informationen är den största enskilda orsaken till avvikande händelser i vården. I över hälften av fallen är det dålig kommunikation som är den bakomliggande orsaken. Ofta är det den skriftliga kommunikationen som ställer till med farliga situationer, då på grund av olika anteckningssätt. Problem uppstår också i de situationer där vårdaren träffar patienten i verkligheten, här kan det lätt ske missförstånd som sedan kan ha allvarliga konsekvenser. För att undvika dessa konsekvenser krävs rutiner i informationsöverföring.

Redan i längre tid har man vetat att kommunikation och teamarbete har en inverkan i patientsäkerheten. Forskningar har visat att de som aktivt kommunicerar har en hög kvalité på den vård de ger. Hög kvalité på vården resulterar i en trygg vård, därför borde alla vårdgrupper sträva till en god växelverkan sinsemellan.

När människor växelverkar kan det ibland hända att viktig information blir osagt eller att man missförstår varandra. Ibland kan informationen brista på grund av att man upplever något som en självklarhet, man lämnar något osagt för man anser det obetydligt. Utan att i ord uttrycka sig är det omöjligt att veta vad andra redan vet, detta kan i värsta fall leda till en allvarlig brist i informationen. Det uppstår gråa områden och risken för att saker blir ogjorda växer.

Informationssättet är något som man kan utveckla. Det är viktigt att försäkra sig om informationen är lätt uppfattat och ges på ett enkelt sätt. Speciellt den muntliga kommunikationen ger möjligheter för missförstånd. För att undvika missförstånd kan man använda sig av rutinerade informationssätt. På så vis minskar missförstånd och man kan lättare försäkra sig om att informationen når fram. Man kan använda sig av dubbelriktad informations överföring. Mottagaren av informationen bekräftar att han fått informationen. Denna metod anses som den mest pålitliga informationsrutinen. Denna metod är nyttig för man för en bekräftelse av att informationen kommit fram samt att mottagaren uppfattat informationen på ett rätt sätt. Ett annat alternativ för ett rutinerat informationssätt är att man använder sig av ett formulär som stöd för informationen. Denna informationsöverföringsmetod kan vara ett skriftligt dokument eller en checklista. Innehållet i informationen blir klarare och enklare att uppfatta.

Med rutinerade informeringssätt kan man undvika allvarliga missförstånd. Information har

en stark anknytning till patientsäkerhet. Därför borde organisationen ständigt utveckla och vägleda sina anställda.

**Bilberg, Nørgaard, Overgaard & Roessler (2012)**, Patient anxiety and concern as predictors for the perceived quality of treatment and patient reported outcome (PRO) in orthopaedic surgery.

Studier om vårdens kvalitet, som har rapporterats av patienter, visar att patienter allmänt är nöjda med sina behandlingar. Man har också bevisat genom undersökningar att patienternas belåtenhet med behandlingen har att göra med upplevda resultat av behandlingen. En svensk studie visar att preoperativ depression och oro har samband med postoperativ belåtenhet och smärta. Patienterna som var mest missnöjda med behandlingen och var oroliga eller hade depression, hade också mest smärtor. Andra studier har också visat samband med patientens missnöjdhet med behandling och medelmåttiga eller svåra postoperativa smärtor.

Studiens syfte är att forska i om det finns samband med patientens oro och ångest och den upplevda kvalitén och resultaten av vården. Hypotesen är att patienter som har ångest och är oroliga är mindre belåtna med sin behandling och får sämre resultat.

Ångest är ett obehagligt tillstånd som påverkar individens förmåga att klara sig i vardagen. Ångest kan uttrycka sig i olika former, såsom socialt fobi, panikångest och posttraumatisk stress. Oro definieras som tankar om saker och händelser i livet som kan vara positiva eller negativa. Dessa tankar orsakar rastlöshet och rädslan att skada sin egen hälsa, och kan påverka patientens kontroll och ”mentalt förlamande”.

Det som är viktigt i forskningen är att undersöka patienterna i stabilt tillstånd får att få ett pålitligt resultat. Om forskningens hypotes stämmer, kan det vara till nytta i praktiken. Det gör att man kan optimera patientinformationen, och välja ut patienter som sannolikt kommer att få bra resultat postoperativt. Forskningen gjordes dock på en specifik grupp av patienter, och går nödvändigtvis inte att använda sig av på en annan grupp. Man forskar vidare i om det finns möjlighet att hjälpa patienternas oro och ångest innan operation. Om forskningen påvisar hypotesen riktig, kan man skapa en metod för att hjälpa dessa patienter.

**Cronin, O'Hanion & O'Connor (2011)** Readability level of patient information leaflets for older people.

Syftet med forskningen var att avgöra läsbarheten på patientinformationsbladen i Irland. Patientinformationsblad görs för att hålla patienterna informerade om deras vård. Hur en person uppfattar informationen beror på hur bra de kan läsa.

I forskningen valde man ut 45 vanliga informationsblad som sedan delades ut specifikt åt äldre patienter. Informationsbladen fick man från tre olika sjukhus. Läsighetsnivån på patientinformationen undersöktes och man jämförde resultatet med generella texter. Man använde sig av SMOG (simple measure of gobbledegook) för att bedöma språket i innehållet.

Det finns ingen exakt statistik på läskunnighet bland 65 åringar i Irland. Istället har forskarna sett på studier från USA. En fjärdedel av den äldre befolkningen i USA har brister i sina läskunnigheter, det har en negativ inverkan på hur man uppfattar det man läser. Nivån på hur bra patienterna kan läsa varierar mycket, nivån är i allmänhet lägre än deras utbildningsnivå. Specialister inom området för läskunskap har rekommenderat att nivån på patientinformationen borde vara sådan att den är nåbar för den största delen av befolkningen.

I resultatet i forskningen visade att läsighetsnivån på patientinformationsbladen var den samma som man använder i vanliga tidningar. När man analyserat forskningens resultat framkom det att innehållet i informationsbladen var skrivna på en hög nivå så att innehållet blev svårt att uppfatta. Patientinformationsblad borde formuleras enligt målgruppens behov. Det är nödvändigt speciellt bland äldre människor.

**Lombardo, Vinatier, Baillot, Franja, Bourgeon-Ghittori, Dray, Jeune, Mossadegh, Reignier, Souweine & Roch (2013)** How caregivers view patient comfort and what they do to improve it: A French survey

En vårdperiod på en intensiv avdelning orsakar både fysisk och fysiskt stress för en patient. Patienten känner obehag på grund av oro, smärta, törst och sömnproblem. Obehag kan bidra till att patienten får depression och posttraumatisk stress. Det i sin tur kan bidra till

livskvalitén efter en avslutad vårdperiod. Man hade ett möte där man tog upp ämnet patientens obehag och poängterade vikten av det. Som följd av mötet gav man rekommendationer åt patienter, deras familjer och vårdare för att deras upplevelse av vårdperioden på en intensivvårdsavdelning skulle bli bättre. Man gav förslag på förbättringar i vårdmiljön, tekniker för att förbättra välbefinnandet och att man skulle kommunicera mer med patienterna.

Som metod använde man sig av ett frågeformulär som innehöll 52 slutna frågor. I svaren fick man välja mellan fyra alternativ; ”aldrig”, ”sällan”, ”ofta” och ”alltid”. Frågorna handlade om; responderande parternas roll och egenskaper, apparaturens och designens inverkan på patientens välbefinnande. Även frågor om vårdarnas sätt att i praktiken beakta patientens obehag/välbefinnande fanns med i innehållet. Man bad vårdarna att utvärdera möjliga orsaker till obehag. Frågeformuläret prövades först på 30 läkare och vårdare, men skickades sedan ut åt hundratal läkare och vårdare.

Av svaren fick man fram att patienternas obehag berodde på oro, sömnproblem, känslan av att vara instängd, ljud och smärta. Också brist på privathet och moraliskt stöd, ljus på natten, saknaden av de kära och bristen på information var orsaker till patienternas obehag. Vårdarna uppgav att de ofta talade om patienten som ett objekt och inte som en människa. De fokuserade också oftare på säkerheten än patientens välbefinnande. Vårdarna pratade också ofta om orelaterade ämnen i patientens närvaro och gav vård åt patienterna utan att stänga dörrarna. Läkarna tog aldrig eller sällan hänsyn till patientens välbefinnande.

Vårdarna som svarat på frågeformuläret ansåg att ångest, sömnlöshet, tålamod, ljud och smärta är de största orsakerna till obehag hos patient. Det vårdarna ansåg orsaka obehag stämde bra överens med det patienterna själv hade upplevt orsaka obehag. En del av patienterna påpekade att de inte hade tillgång till någon klocka, och de fick inte heller reda på dagens datum. Även de stränga besökstiderna för anhöriga orsakade ångest hos patienter.

Forskningen visade att man borde lägga mer tid på patienternas välbefinnande. Många intensivvårdsavdelningar är inte planerade så att patienterna får privathet och en lugn miljö. Ur forskningen framgick också vilka faktorer som bidrog till patienternas obehag. T.ex. att förlänga besökstider, minska ljud och lampor, prata med psykologer och ta upp patienternas välbefinnande på möten var saker som kunde beaktas.



## 6 Studiens genomförande

I detta kapitel kommer respondenterna att berätta hur de genomfört sin studie. Respondenterna började med att samla in information för den teoretiska bakgrunden. Sedan samlades litteratur för utgångspunkterna. För att få veta vad beställningsarbetet skulle innehålla gjorde respondenterna en intervju. Intervjun bekräftade respondenternas tankar om vilka utgångspunkterna skulle vara. Respondenterna kommer i detta kapitel att behandla metoder de använt.

### 6.1 Kvalitativ studie

Med kvalitativa metoder syftar man på forskningsprocesser som innehåller beskrivande data. Beskrivande data kan vara ord som människan själv skrivit eller talat samt beteenden som observerats. Kvalitativa metoder används för att undersöka hur ett fenomen är skapat. Med metoden försöker man finna beskrivningar, kategorier eller modeller för att kunna beskriva fenomen i individens omvärld. (Olsson & Sörensen 2007 s.65).

All forskning bedöms enligt metodernas kvalitet. Det är därför viktigt att fundera över vilken informationsinsamlingsmetod som skall användas. Resultatet i kvalitativa studier handlar om att framställa något på ett vis där nytt innehåll uppstår. (Olsson & Sörensen 2007 s.66).

Man använder kvalitativa metoder när man vill karaktärisera något. Då söker man efter kategorier eller modeller för att beskriva något. Man vill hitta mönster och få kunskap om hur man skall forma något. Man vill inte veta mängd eller storlek. I en kvalitativ insamling sker informationssamlingen i växelverkan, och man bestämmer kategorier med sammanfattande metoder. Man bearbetar beskrivningskategorier och undersöker likheter och olikheter. Det är svårt att normalisera något genom kvalitativa metoder. (Olsson & Sörensen 2007 s. 79).

Till en kvalitativ forskning kan man använda intervjuer, fokusgrupper, fallstudier och dokument. Det är viktigt att forskaren transkriberar insamlad data. Det innebär att han ordagrant skriver ner en text. Sedan bearbetar man texten och söker efter mening i den. Man plockar det viktiga från texten och sammanfattar den kort. (Olsson & Sörensen 2007

s. 79-80).

## 6.2 Allmän litteraturstudie

Alla forskningsprocesser startar med en allmän genomgång av litteraturen. I en allmän litteraturstudie gör man en beskrivande bakgrund eller beskriver en specifik kunskapsnivå inom ett område. Allmän litteraturstudie innebär att man beskriver och analyserar valda studier. För att få en pålitlig slutsats av artiklarna krävs en kvalitetsbedömning. (Forsberg & Wengström 2008 s. 29-30).

## 6.3 Intervju

Enligt Jacobsen(1993) är en intervju en kommunikation mellan tre personer. Av de tre personerna är en intervjuare, en respondent och en åskådare. I en intervju förmedlas bl.a. kunskap, upplevelser och åsikter. Förmedlingen sker både medvetet och omedvetet. En intervju kan betyda både produkten och processen. En intervju är en tillgjord situation, men det har ändå liknande egenskaper som ett vanligt samtal. Dessa liknande egenskaperna är händelseförlopp och psykologiska omständigheter. Den största och avgörande skillnaden mellan en intervju och ett samtal är att avsikten med en intervju är att den skall ha betydelse för åskådaren. (Jacobsen 1993 s.10).

Lantz(1993) utvecklar ytterligare skillnaderna mellan intervju och samtal. I intervjun finns en bestämd avgränsning om ämnet, i ett samtal existerar det inte. Utvecklingen i en intervju är på förhand bestämd av intervjuaren. I ett samtal är parterna jämställda, i en intervju är det intervjuaren som har ledningen och som håller i trådarna. Intervjuaren och respondenten har också olika uppgifter i en intervju. (Lantz 1993 s.12).

I allmänhet är det intervjuaren som tar initiativet. Intervjuaren har på förhand planerat syfte, ämne, omfattning, tid och plats, rättigheter och publicering. Intervjuaren styr samtalet och ställer frågorna, sedan tolkar han svaren. Materialet som intervjuaren har samlat skall sedan omarbetas till en lämplig text som publiceras. (Jacobsen 1993 s. 10-11).

Respondentens uppgift är att berätta med egna ord sina personliga åsikter gällande frågorna. Det är ändå inte helt pålitligt eftersom intervjun är iscensatt av intervjuaren. Det

kan vara svårt för intervjuaren att få respondenten att öppna sig. Därför blir respondentens uppgift ganska kreativ. (Jacobsen 1993 s.11).

Åskådarens roll är helt skild från intervjuarens och respondentens roll. Det är genom åskådaren som intervjun får en betydelse. Åskådarens reaktion kan bli en reaktion på större plan också när den når ut till fler människor. Intervjun kan uppfattas olika av olika åskådare och behöver därför inte stämma överens med vad intervjuaren hade för budskap med den. Därför är det inte en lätt uppgift att vidarebefordra information genom intervjuer. (Jacobsen 1993 s. 11-12).

Enligt Lanz (1993) finns det tre faktorer som utgör en professionell intervju. Det första är att resultaten måste vara tillförlitliga, det andra är att resultaten måste vara aktuella och det sista att utomstående skall ha möjlighet att kritiskt kontrollera resultaten. Resultaten måste vara användbara eftersom de kan användas till olika ändamål som t.ex. anställning, vetenskaplig rapport eller som grund för en tidningsartikel. (Lanz 1993 s. 13).

Beroende på vilket ändamål intervjun använd till bestämmer intervjuaren formen på intervjun. I en öppen intervju får respondenten fritt förklara sin synpunkt på t.ex. ett fenomen. Det ger intervjuaren syn på hur olika människor uppfattar och tänker om ett fenomen. Man kan säga att intervjuaren vill få reda på människors subjektiva erfarenheter. Fenomenen är fritt tolkningsbara och därför får intervjuaren väldigt olika svar. Den här typen av intervju är kvalitativ. (Lantz 1993 s. 18-19).

I en strukturerad intervju är svarsalternativen fasta, och oftast samma för alla respondenter. Då är det fråga om kvantitet. Fenomenet och dess kvalitet är på förväg bestämt. Man är inte intresserad av individens åsikt, utan man vill veta hur stor andel av t.ex. en befolkningsgrupp som är av samma åsikt. Man vill på det sättet dra slutsatser om en grupp. (Lantz 1993 s. 19-20).

Man väljer intervjuformen beroende på syftet av intervjun. Den som intervjuar vill ha svar på en fråga eller ett problem som han vill lösa. Han måste också veta vilken typ av information som är värdefullt. Man måste innan man bestämmer formen veta vilken typ av resultat man söker efter. Formen avgränsar det som kommer att vara kärnan i intervjun. När man sedan bestämt formen kan man börja utforma frågeställningarna och metoden för datainsamling. (Lantz 1993 s. 24).

Frågorna som intervjuaren ställer borde vara korta och enkla. Det finns olika typer av intervjufrågor. Inledande frågor kan vara t.ex. *"Kan du berätta för mig om"*, eller *"Vad hände i den episod som du nämnde"*. Man kan få spontana svar och detaljerade beskrivningar där respondenten berättar om vad han upplevde. (Kvale & Brinkmann 2014 s. 176).

Uppföljningsfrågor ställs när intervjuaren vill veta mer om innehållet. De kan ställas som ifrågasättande, eller bara genom att nicka. Sonderande frågor kan vara t.ex. *"Kan du säga mer om det?"*. Man vill få veta mer om svaret utan att direkt leda frågat någonstans. Specifierande frågor däremot leder till specifika svar om t.ex. en känsla. De kan vara väldigt personliga frågor. (Kvale & Brinkmann 2014 s. 176-177).

Direkta frågor styr ämnet och dimensionen direkt och kan vara t.ex. *"Har du någon gång fått pengar som belöning för bra betyg?"*. Sådana frågor skall man helst fråga först i slutet av intervjun. Indirekta frågor kan ställas så att man får fram respondentens inställning som inte syns strax på respondenten. Ett exempel på en sådan fråga är: *"Hur tror du andra elever ser på betygskonkurrens?"*. Strukturerade frågor innebär att intervjuaren flyttar sig till ett annat ämne när han anser att respondentens svar inte längre är relevant för forskningen. (Kvale & Brinkmann 2014 s. 177).

Tystnad kan också ses som en fråga. Det kan få respondenten att fundera på sitt svar och ge ytterligare information som är av betydelse. Det kan betyda att intervjuaren utformar svaret. Tolkande frågor kan vara t.ex. *"Du menar alltså att..."* eller mer direkt *"Gäller din oro för betygen främst hur dina föräldrar ska reagera?"*. (Kvale & Brinkmann 2014 s. 177-178).

## 6.4 Analysmetod

Vid en kvalitativ analys sorterar man sitt material och undersöker det systematiskt. Det innebär att forskaren organiserar sitt material, delar dem i olika kategorier, sammanfattar dem och söker efter mönster. Syftet är att ur en stor mängd data få någon slags betydelse. Det kan vara att beskriva olika fenomen, såsom sociala föreställningar, erfarenheter eller

interaktioner. Man kan fokusera på att jämföra fall, hitta liknelser och olikheter. Man kan också fokusera på att hitta orsaken bakom dessa liknelser och olikheter. Ett tredje alternativ är att skapa en teori om fenomenen. (Fejes & Thornberg 2015, s. 34-35).

En innehållsanalys görs för att analysera dokument vetenskapligt, och man fokuserar på innehållet i en kommunikation. Kommunikationen kan vara t.ex. en intervju. Det kan t.ex. handla om en persons upplevelse av något. Man måste begränsa kommunikationsinnehållet i intervjun för att få de svar man vill ha. Syftet är att hitta samband i t.ex. mänskligt beteende och en teori om det. (Olsson & Sörensen 2007, s. 129).

## **6.5 Datainsamling**

Respondenterna har intervjuat två skötare som jobbar på ett sjukhus i Österbotten. Intervjun gjordes 13.10.2014. Respondenterna har valt de här två skötarna eftersom de jobbar mycket med ultraljud och har mycket erfarenhet inom området. Respondenterna gjorde intervjun eftersom de ville få reda på vad som skötarna tyckte var viktigt och för att själv få en bredare uppfattning om hur examensarbetet skulle se ut. Intervjufrågorna finns som bilaga 2.

Meningen var att göra en modifierad innehållsanalys av intervjusvaren. Respondenterna märkte att det inte var möjligt på grund av mager data. Därför valde respondenterna att återge intervjun i den form den genomfördes samt att skriva en kort resumé intervjusvaren.

## 7 Resultat

I detta kapitel presenteras intervjufrågorna och svaren i sin originalform. Intervjun gjordes på ett sjukhus i Österbotten. Respondenterna hade 11 frågor, och svaren fick man fritt formulera. Respondenterna valde också att skriva en kort resumé som sammanställer de viktigaste sakerna som kom fram i intervjusvaren.

### Intervju

1. Anser du att du är i behov av en guidebok i ditt arbete?

Svar : ”Kyllä”

”Ja”

2. Om ja, varför?

Svar: ”*Koska meillä on englanninkielisiä potilaita ja maahanmuuttajia*”

”*För att det inte alltid finns ett gemensamt språk och det är svårt att ge korrekt information*”

3. Vem tror du att har mest nytta av guideboken, vårdaren eller patienten? Motivera!

Svar: ”*Molemmat hyötyvät koska me pystymme antamaan enemmän informaatiota potilaille.*”

”*Både och, patienterna förstår oss bättre.*”

4. Hur upplever du en vårdsituation där du måste använda engelska?

Svar: ”*En pelkää, mutta keskustelut jäävät lyhytsanaisiksi ja epäjoustaviksi*”

”*Enkla undersökningar går bra, men mer komplicerade undersökningar känns utmanande.*”

5. Hur har du hittills upplevt vårdsituationer med patienter då inget gemensamt språk funnits?

Svar: ”*Haastavalta, lääkäri on osannut kertoa potilaalle paremmin tutkimuksen kuluista*”

”*Utmanande med flyktingar*”

6. Hur har du hittills kommunicerat utan ett gemensamt språk?

Svar: *"Elekielen avulla"*

*"Visa teckenspråk, gester eller telefontolk"*

7. Hur har ni gett förberedelseanvisningar och eftervårdsanvisningar åt patienter som talar ett främmande språk?

Svar: *"Englanninkielisiä ohjeita ei ole ollut"*

*"Vi har gett de som vi haft, om patienten haft med sig en anhörig har den anhöriga översatt informationen. Vid större biopsier har patienten fått eftervård på avdelningen."*

8. Har ni fått negativ feedback av patienter angående språket i informationen?

Svar: *"Ei ainakaan suoraan"*

*"Nej, inte till vår kännedom"*

9. Har det hänt missförstånd som haft konsekvenser?

Svar: *"Ei muistaakseni"*

*"Nej, det har gått bra hittills"*

10. Vad tycker du att behövs för att skapa tillit till en patient?

Svar: *"Kommunikointi, osaa vastata kysymykseen, rauhallisuus, toinen tulee selittämään tarkemmin"*

*"Bilder, men eget modersmål allra bäst."*

11. Har du något du vill säga/tillägga?

Svar: *"Ei"*

*"Nej"*

## 8 Tolkning

I detta kapitel kommer respondenterna att tolka intervjuvaren mot de teoretiska utgångspunkterna och tidigare forskningar. Forskningsfrågorna tolkades utgående ifrån tidigare forskningar. Respondenterna tolkar också utgångspunkterna som är information, trygghet och bemötande.

### 8.1 Tolkning av intervjun

Från intervjun framgick det att röntgenskötarna är i behov av en engelskspråkig guidebok. De ansåg att de själva men också patienten skulle ha nytta av boken. Hittills har man kommunicerat med gester med de patienter man inte haft ett gemensamt språk med. Patienterna har fått förberedelse-, och eftervårdsanvisningarna på antingen svenska eller finska, och i dessa fall har man använt sig av en tolk eller någon annan språkkunnig person. Enligt Karlsson (2015) är vårdpersonalen skyldig att ge patienten den information patienten behöver. Det är viktigt att patienten förstår informationen för att kunna vara delaktig i sin egen vård.

Lyckligtvis har det inte skett några allvarigare missförstånd mellan patient och vårdpersonal. Röntgenskötarna ansåg att lugnhet, kommunikation, bilder och att man kan svara på frågor skapar tillit. Enligt Segesten (1994) skall en skötare ha tålamod, vara vänlig och visa intresse för patienten. Man får inte heller glömma att lyssna på patienten och man skall ta dem på allvar. Man måste veta vad patienten är orolig över för att kunna skapa en trygg vårdssituation. Patienterna kan ha svårt att förstå främmande ord, därför skall man hålla sig till enkelt språk.

Från intervjuvaren tolkade respondenterna att det centrala i en vårdrelation med patienten är information, trygghet och bemötande. Dessa tre begrepp går mycket in i varandra och tillsammans bidrar de till god vård. Fossum (2013) skriver att varje vårdare skall ställa sig själv två frågor; Hur vill jag själv bli bemött i vården? Hur vill jag själv bemöta mina patienter?.



## 8.2 Tolkning av forskningsfrågorna

Den första forskningsfrågan lyder: Hur skapar man en trygg vårdssituation?

I forskningen som Akay, Karasu, Noyan, Pala, Musoglu, Ilter, och Batur (2006) gjort framkommer det att rädslan för smärta inför biopsitagning kan lindras genom god information åt patienterna. I en annan forskning som Schyve (2007) gjort behövs tre barriärer överkommas för att skapa en trygg vårdrelation till patienten. Dessa tre barriärer är språkskillnader, kulturskillnader och dålig skriv- och läsförståelse. Man måste kommunicera med patienten och hennes familj och försäkra sig om att man förstår varandra rätt för att patienten skall känna sig trygg och för att hon skall få rätt vård.

Lombardo, Vinatier, Baillot, Franja, Bourgeon-Ghittori, Dray, Jeune, Mossadegh, Reignier, Souweine & Roch (2013) har undersökt om patientens välbefinnande. Till välbefinnandet bidrar att patienten känner sig trygg och får bra information. Vårdarna måste också se patienten som en människa och inte som ett vårdobjekt.

Den andra forskningsfrågan lyder: Hur ger man bra information?

Vårdarna samlar information genom konversation med patienten och dess anhöriga. Observation, bildtagning, laboratorieprov samt psykiska eller fysiska test är också informationsinsamlingsmetoder som vårdarna använder sig av. (Schyve 2007) Genom att informera patienten om undersökningen och sjukdomen kan man minska på smärtupplevelsen, och göra proceduren mera behaglig, (Akay, Karasu, Noyan, Pala, Musoglu, Ilter, & Batur, 2006).

(Pellisé & Sell 2009), i forskningen framkommer det att det vara problematiskt att förse patient med relativ information. I den moderna hälsovården är det viktigt att respektera patientens självbestämmanderätt, och för att nå det krävs god information. När patienten har realistiska förväntningar blir också slutresultatet i vården bättre. Orsakerna varför patienter behöver information är; för att förstå var felet ligger, förstå processen och möjliga resultat av prover och behandlingar, veta var de skall söka hjälp och stöd, lära sig att förebygga ytterligare sjukdom, och att kunna hitta det bästa vårdutbudet. Forskningen

påpekar också att ge information är det centrala i relationen mellan läkare och patient.

Innehållet på informationsblad skall vara formulerat på ett vis så informationen når målgruppens behov. För svår information leder till missuppfattningar som sedan leder till sämre vård. (Cronin, O'Hanion & O'Connor 2011)

### 8.3 Tolkning av utgångspunkterna

Enligt Holmberg, Sandqvist och Wallenius (u.å.) skall informationen ges i en sådan form att innehållet är förståeligt, dvs. termerna skall kunna förstås av både sändaren och mottagaren. Termerna kan ha olika betydelse för olika ålders och yrkesgrupper. Information tolkas också individuellt. Uppfattningen beror på individens tidigare erfarenheter och kunskaper. Även kognitiva modeller och intresse för ämnet har en betydelse i hur informationen når mottagaren. Intelligens har ingen betydelse till hur mycket information en individ kan ta emot och uppfatta. Däremot har individens motivation och hur viktigt individen upplever att informationen är en betydelse. Om man ger för mycket information på en gång sänks individens uppfattningsförmåga.

Karlsson (2015) säger att vårdaren har skyldighet att ge patienten den information patienten behöver. Det är viktigt att informationen ges i en sådan form att patienten förstår innehållet och känner sig delaktig i sin egen vård.

Larsson, Palm och Hasselbalch (2008) skriver att information som ges åt patienten skall stämma med den information som delas ut åt patienten på andra avdelningar. Språket skall vara lättförståeligt utan medicinska termer. Det kan vara bra att använda sig av ord som "vi" och "du" för att det gör tilltalet mer personligt.

Segesten (1994) skriver att trygghet innebär att vård och hjälp är tillgängligt samt att man vet var och när vård kan fås. Även individens egen tolkning och uppfattning av en situation bidrar till trygghetskänslan. Tidigare erfarenheter kan ha en betydelse också.

Eriksson (1986) skriver att man skall ta hänsyn till patientens inre och yttre trygghet. Yttre trygghet innebär att patienten skall känna sig trygg i omgivningen medan inre trygghet innebär att patienten känner sig fredad både mentalt och fysiskt.

Enligt Fossum (2013) handlar bemötandet om hur vi tar emot en patient, vårt kroppsspråk

och ögonkontakten. Från studier framgår det att patienter anser bemötandet viktigt. Brister i bemötandet kan bero på personalens okunnighet, osäkerhet eller att personalen saknar bedömningsförmåga. För god bemötande av en patient krävs det att vårdaren är vänlig, hjälpsam, visar respekt, värme och har människosyn. En vårdare borde bemöta patienter såsom hon själv vill bli bemött.

Pellinor (2015) poängterar att ett gott professionellt bemötande skall var lika mot alla oberoende av ålder, kön, religion, sexuell läggning och funktionshinder. Man skall också behandla anhöriga lika som man behandlar patienter.

## 9 Produkten

I detta kapitel kommer respondenterna att presentera skapandet av produkten. Eftersom produkten är ett beställningsarbete hade beställaren färdigt funderat hur den skulle se ut. Produkten är en engelskspråkig guidebok för ultraljudsundersökningar. Den finns som bilaga i examensarbetet.

Respondenterna intervjuade beställaren för att få veta vad beställaren hade för tankar om guideboken. Beställaren ville att guideboken skulle vara kort och enkel. Respondenterna fick fraser på svenska som sedan översattes till finska och engelska. Beställaren godkände översättningarna. I guideboken är fraserna uppställda så att det finns en översättning från svenska till engelska och finska till engelska.

Beställaren ville också att guideboken skulle innehålla bilder. Respondenterna tog bilderna på en röntgenavdelning, personalen var också med som hjälp. Beställaren önskade en bild där man ser hur en ultraljudsundersökning går till. Tillsammans med beställaren valdes en bild till guideboken.

När respondenterna började lägga ihop guideboken märkte de att en pärmbild kunde pigga upp utseendet. Respondenterna tyckte att en bild på ett sterilt dukat bord med utrustning för biopsitagning skulle passa bra. Beställaren kontaktades och de godkände bilden till pärmbild.

Respondenterna funderade på guidebokens layout, speciellt pärmens utseende och färgtemat var svåra att bestämma. Respondenterna gjorde flera olika exemplar innan de beslöt sig för en. När respondenterna var nöjda med layouten skickades guideboken in för godkännande av beställaren.

## 10 Kritisk granskning

I detta kapitel kommer respondenterna att kritiskt granska examensarbetet utgående från Larssons (1994) kriterier i Starrin & Svenssons bok om Kvalitativ metod och vetenskapsteori. Respondenterna valde ut de kriterier de ansåg kunde relateras till examensarbetet. Dessa är: intern logik, struktur, det pragmatiska kriteriet och etiskt värde.

### Intern logik

Intern logik är ett kriterium som används mycket, speciellt i formella sammanhang. Detta kriterium innebär en balans mellan forskningsfrågor, analysteknik och datainsamling. Balansen i kriteriet grundar sig i den estetiska principen, dvs. att det vetenskapliga arbetet skall vara en sammanbunden helhet. I den interna logiken finns en idé om att de enskilda delarna skall kunna kopplas till helheten. (Larsson 1994 s.168-170).

Respondenterna anser att en röd tråd löper genom hela examensarbetet. Alla delar i arbetet är viktiga och kan kopplas till produkten. En intervju gjordes för att få grunderna till examensarbetet. Utgående från intervjustvaren fick respondenterna informationen som behövdes för att kunna skapa produkten. Som den teoretiska bakgrunden valdes ultraljud, biopsi och aseptik. Dessa valde respondenterna för att ge läsaren en möjlighet att bekanta sig med bakgrunden till produkten. Respondenterna har i sitt examensarbete ställt två forskningsfrågor. I en trygg vårdssituation behövs tillit, god bemötande samt bra information. Dessa utgör utgångspunkterna i examensarbetet och ger svar på forskningsfrågorna. För att ytterligare samla in data använde respondenterna sig av tidigare forskning av Akay mm. (2006), Schyve (2007), Pellisé & Sell (2009) och Cronin, O'Hanion & O'Connor (2011).

### Struktur

Struktur innebär att innehållet i texten skall vara tydligt och förenklat men ändå sammanhängande. Språket skall vara förståeligt, man skall försöka undvika att använda obehövliga begrepp. I strukturen skall det framgå de olika delarna i en text, man skall kunna skilja åt vilka som är huvudsaker och vilka som är bisaker. (Larsson 1994 s. 173-175)

Respondenterna tycker att en struktur löper genom examensarbetet. Respondenterna har lagt extra tanke på att texten skall vara lättöläsligt. Samma fontstorlek, textstil och radavstånd har använts i hela arbetet. Nya kapitel och underrubriker är utmärkta med fetare stil för att läsaren skall kunna följa med byten av ämnesområden. Respondenterna anser att man kan följa en röd tråd genom hela arbetet.

### **Det pragmatiska kriteriet**

Det pragmatiska kriteriet innebär att man poängterar resultatet av kvalitativa studier och dess konsekvenser. Det betyder också att resultaten skall kunna användas i praktiken. Resultaten skall också vara av betydelse i verkligheten. (Larsson 1994 s. 185-186).

Respondenterna anser att det pragmatiska kriteriet uppfylls i examensarbetet. Respondenterna har utvecklat en produkt som skall underlätta mötet med patienter som kommer till ultraljudsundersökningar. Därför har examensarbetet betydelse i verkligheten.

### **Etiskt värde**

Man skall låta personer och enheter som deltagit i studien vara anonyma. Det får inte heller förekomma lögnar eller falskheter i texten. Man skall också vara övertygad om att det man skriver inte bara är ens egen uppfattning. (Larsson 1994 s. 171-172).

Respondenterna har låtit de personer som intervjuats vara anonyma. Den beställande enheten har också fått stå anonym. Respondenterna är de enda som har tillgång till intervjuaren, och alla svaren har bevarats i sin ursprungliga form.

All producerad text baserar sig på böcker och vetenskapliga artiklar. All data som respondenterna har använt sig av finns i examensarbetets källförtäckning. Respondenterna har inte med några egna uppfattningar eller tolkningar. Respondenterna anser att examensarbetet uppfyller det etiska kriteriet.

## 11 Diskussion

I detta kapitel kommer examensarbetet i sin helhet att diskuteras. Respondenterna kommer också att noggrannare se på de olika delarna i arbetet. Det som kunde ha gjorts annorlunda kommer också att diskuteras.

Syftet med examensarbetet var att skapa en engelskspråkig guidebok för ultraljudsundersökningar åt röntgenskötare. Arbetet är ett beställningsarbete från ett sjukhus i österbotten. Tanken med guideboken är att underlätta kommunikationen mellan röntgenskötare och patient då patienten bara talar engelska eller då ett gemensamt språk saknas. Examensarbetets forskningsfrågor var:

1. Hur skapar man en trygg vårdssituation?
2. Hur ger man bra information?

Svar på forskningsfrågorna hittade respondenterna i tidigare forskning. En trygg vårdssituation förutsätter att skötaren och patienten förstår varandra. I de tidigare forskningarna framgick även att kommunikation och information bidrar till en trygg vårdssituation. När man informerar en patient måste informationen hållas på en sådan nivå så att patienten förstår det. Man kan inte anta att alla har samma förkunskaper i ämnet, därför måste informationen anpassas till varje enskild patient.

Respondenterna valde information, bemötande och trygghet som utgångspunkter i examensarbetet. Information som utgångspunkt var ett ganska självklart val, med tanke på att produkten skulle bli en guidebok. Det fanns mycket litteratur om information. Respondenterna valde att skriva allmänt om information men också om patientinformation.

Bemötande och trygghet valdes för att respondenterna ansåg de vara viktiga i ett möte med en patient. Respondenterna märkte att begreppen bemötande och trygghet gick mycket in i varandra, och därför var det svårt att hålla begreppen isär. Mycket av den litteratur respondenterna hittade om trygghet var anknuten till patientsäkerhet. Det fanns begränsat med litteratur om trygghetskänslan i en vårdssituation. Det hittades inte heller några direkta översättningar av begreppen till engelska eller finska. Därför var det svårt att hitta några tidigare forskning kring ämnen. Genom att använda motsatta begrepp fann

respondenterna några tidigare forskningar som kunde användas.

Som teoretisk bakgrund valdes ultraljud, biopsi och aseptik. Dessa var självklara val eftersom produkten kommer att användas vid ultraljudsundersökningar. Litteratur angående ultraljud var lätt att hitta. Däremot fanns inga användbara böcker om biopsier som görs med hjälp av ultraljud, så respondenterna använde sig enbart av internetkällor. Aseptik valdes för att det är en viktig del i biopsitagning.

Respondenterna intervjuade två röntgenskötare för att få riktlinjer till guideboken. Intervjun borde ha genomförts på ett annat sätt för att få mer ut av det. Frågorna borde ha formulerats på ett annat sätt så att svaren skulle ha blivit mera ingående. En innehållsanalys kunde inte göras på basen av intervju svaren, så respondenterna valde att tolka den på ett annat sätt.

Respondenterna anser att man kunde utveckla guideboken och göra den mer omfattande, t.ex. med mer bilder. Eftersom beställaren ansåg att bilderna var tillräckliga tog respondenterna inga fler bilder. Man kunde också ha fler fraser, men eftersom beställaren hade fraser färdiga ansåg respondenterna att de inte hade rätt till att ändra på innehållet. Respondenterna anser att beställaren var nöjd med produkten sådan som den blev.

I framtiden kunde man forska i vilket skulle vara det bästa sättet att guida patienter som inte kan engelska samt hur deras kultur syns i vårdssituationer. Invandrarna i landet ökar hela tiden så respondenterna tror att ett sådant arbete kunde vara aktuellt i närmaste framtiden.

Respondenterna anser att de har gjort sitt bästa med att skriva ett förståeligt och sammanhängande arbete. Det finns saker som kunde ha gjorts annorlunda, bl.a. intervjun. Intervjufrågorna borde ha varit mer genomtänka så att respondenterna skulle ha fått mer utav dem. Fler personer kunde också ha intervjuats för att få mer åsikter och innehåll för en tolkning. Respondenterna är ändå nöjda med sitt examensarbete och anser även att de själv lärt sig mycket om ämnen de behandlat. Respondenterna hoppas att guideboken kommer att tjäna sitt syfte dvs. att både skötarna och patienterna kommer att ha nytta av den.



## Källförteckning

Akay, S., Karasu,Z., Noyan, A., Pala, S., Musoglu, A., Ilter, T., & Batur, Y. (2006) *Liver Biopsy: Is the pain for real or is it only the fear of it?*

Andersson, T. (2010) *Ultraljudsundersökning. 1177*.  
<http://www.1177.se> ( Hämtat: 13.5.2015)

Bilberg, R., Nørgaard, B., Overgaard, S. & Roessler K. (2012) *Patient anxiety and concern as predictors for the perceived quality of treatment and patient reported outcome (PRO) in orthopaedic surgery.*

Cronin, M., O'Hanion, S., O'Connor, M. (2011) *Readability level of patient information leaflets for older people.*

Daignault, M., Saul,T., & Lewiss, R. (2012) *Bedside ultrasound diagnosis of atraumatic bladder rupture in an alcohol-intoxicated patient: a case report.*

Eriksson, K. (1986) *Introduktion till vårdvetenskap*. Stockholm: Norstedts Förlag.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur

Fossum B. (2013) *Kommunikation – Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.

Fejes, A. & Thornberg, R. (2015) *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm: Liber.

Helovuoto, A. (2012) *Potilasturvallisuus edellyttää avointa viestintää*. Sairaanhoidaja 2/2012.

Hirvonen, K. Karhumäki, T. & Tuominen, E. (2008) *Välinehuolto*. Helsinki: Duodecim.

Holmberg, K., Sandqvist, K. & Wallenius, J. (u.å.) *Grundkurs i medier och kommunikation – Föreläsning I: Kommunikation och information.*

<https://viestintatieteet-wiki.wikispaces.com/Grundkurs+i+medier+och+kommunikation>  
(hämtat 19.5.2015)

Hård af Segerstad, P. (1990) *Information och kommunikation - En bok om människans förmåga att tänka, tala och förstå.* Uppsala: Hallgren och Fallgren Studieförlag Ab.

Jacobsen, J (1993) *Intervju- Konsten att lyssna och fråga.* Lund: Studentlitteratur.

Karlsson, I. (2015) *Patientlagen.* 1177.

<http://www.1177.se> (hämtat 19.5.2015)

Kiuru, A.(1985) *Lääkietieteelliset kuvantamismenetelmät.* Turku: Grafia.

KIURU (2014) *Patientföreskrift: Ultraljudsledd grovnålsbiopsi av ytligt objekt.*

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun.* Lund: Studentlitteratur

Lantz, A (1993) *Intervjumetodik.* Lund: Studentlitteratur

Lauritsalo, M-L. (2014) *Ryhtiä pientoimenpiteiden aseptiikkaan.* Pinsetti 3/2014

Lombardo, V., Vinatier, I., Baillot, M-L., Franja, V., Bourgeon-Ghittori, I., Dray, S., Jeune, S., Mossadegh, C., Reignier, J., Souweine, B. & Roch, A. (2013) *How caregivers view patient comfort and what they do to improve it: A French survey*

Mustajoki, P. & Kaukua, J. (2008) *Koepalat kertovat diagnoosin. Terveyskirjasto.*

<http://www.terveyskirjasto.fi> ( Hämtat: 4.5.2015).

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007) *Forskningsprocessen – Kvalitativa och kvantitativa perspektiv.* Stockholm: Liber.

Pellinor, H. (2015) *Bemötande i vården.* 1177.

<http://www.Finlex.fi> (hämtat 18.11.2015)

Pellisé, F., & Sell, P. (2009) *Patienten information and education with modern media: The spine society of europe patienten line.* s.395-397.

Pfeiffer, J., & Ridder, G. (2010) *How safe is the use of ultrasound-guided cutting needle biopsy in the head and neck?*

Robertson, E. (2013) *Bemötande i vård och omsorg, genusperspektiv.*

<http://www.vardhandboken.se> (hämtat 19.5.2015)

Schyve, P. (2007) *Language differences as a barrier to quality and safety in health care.*

Segesten, K. (1994) *Patientens upplevelse av trygghet och otrygghet.* Göteborg: K&K Segesten Förlag AB

Sora, T., Antikainen P., Lasisalmi, M., Vierula, S. (2002) *Sairaanhoidon teknologia.* Helsinki: Sanoma pro oy.

Starrin, B & Svensson, P-G. (1994) *Kvalitativ metod och vetenskapsteori.* Lund: Studentlitteratur.

## Bilaga 1

### Intervjufrågor

1. Anser du att du är i behov av en guidebok i ditt arbete?
2. Om ja, varför?
3. Vem tror du att har mest nytta av guideboken, vårdaren eller patienten? Motivera!
4. Hur upplever du en vårdsituation där du måste använda engelska?
5. Hur har du hittills upplevt vårdsituationer med patienter då inget gemensamt språk funnits?
6. Hur har du hittills kommunicerat utan ett gemensamt språk?
7. Hur har ni gett förberedelseanvisningar och eftervårdsanvisningar åt patienter som talar ett främmande språk?
8. Har ni fått negativ feedback av patienter angående språket i informationen?
9. Har det hänt missförstånd som haft konsekvenser?
10. Vad tycker du att behövs för att skapa tillit till en patient?
11. Har du något du vill säga/tillägga?

Författare, utgivningsår	Titel	Syfte	Metod	Resultat
Schyve, P. (2007)	Language differencies as a barrier to quality and safety in health care	Hur skall man göra vården högststandardiserad? Hur kommer man över barriärerna?	Litteraturstudie	Man måste lösa problemen med språk- och kulturskillnader samt ta hänsyn till patientens brist på skriv- och läskunnigheter.
Akay, S., Karasu, Z., Noyan, A., Pala, S. Musoglu, A., Ilter, T., Batur, Y. (2006)	Liver biopsy: Is the pain for real or is it only the fear of it?	Ta reda på smärtupplevelsen hos patienter före, under och efter en leverbiopsi. Eventuella samband mellan smärta och det känslomässiga tillståndet hos patienter.	Patienternas sjukdomshistoria, VAS och MMPI	Kvinnor är mer rädda för smärta inför biopsin än män. Smärtupplevelsen kan minskas genom att man informerar patienten om biopsitagningen samt om sjukdomen.
Daignaut, M., Saul, T., Lewiss, R. (2012)	Bedside ultrasound diagnosis of atraumatic bladder rupture in an alcohol-intoxicated patient: A case report	Man vill informera läkarna om undersökningsmetoder vid fall om buksmärtor när det gäller en alkoholförgiftad patient.	Litteraturstudie	Läkarna bör alltid göra en ultraljudsundersökning åt patienter med alkoholförgiftning och buksmärtor. Ultraljudsundersökningen kan inte helt utesluta en sprucken blåsa men den kan visa vad man skall börja undersöka.
Pfeiffer, J., Ridder, G. (2010)	How safe is the use of ultrasound-guided cutting needle biopsy in the head and neck?	Ta reda på hur CNB tillämpar sig för provtagning i huvud- och nackregionen.	Material från fokusgrupper	Extra försiktighet krävs då man tar CNB av patienter som genomgått en nackoperation eller fått strålbehandling. CNB är en säker och pålitlig provtagningsteknik.

Pellisé, F., Sell, P. (2009)	Patient information and education with modern media: The spine society of Europe patient line	Hur man skall informera en patient.	Litteraturstudie och webbsidan Europe Patient Line	Nyttan av patientupplysning är olika, det beror på vilken sjukdom de har och vilken behandling som ges.
Lauritsalo, M-L (2014)	Ryhtiä pientoimenpiteiden aseptiikkaan	Information om varför aseptiken också är viktig i mindre ingrepp.	Litteraturstudie	Samma aseptiska regler gäller både i operationssal och utanför. Vårdaren är skyldig att se till att arbetet utförs aseptiskt.
Helovuuo, A (2012)	Potilasturvallisuus edellyttää avointa viestintää	Varför det är viktigt att patientinformationen fungerar	Litteraturstudie	Man skall ha gemensamma informationsrutiner för att korrekt information skall nå mottagaren.
Bilberg, R., Nørgaard, B. Overgaard, S & Roessler, K. (2012	Patient anxiety and concern as predictors for the perceived quality of treatment and patient reported outcome (PRO) in orthopaedic surgery	Forskning om preoperativ oro och ångest har samband med postoperativ smärta och missnöje med behandlingsresultaten.	Uppföljningsstudie	Forskningen kan göras på patienter som känner oro och ångest inför en operation.
Cronin, M., O'Hanion, S., O'Connor, M. (2011)	Readability level of patient information leaflets for older people.	Undersöka läsbarheten på patientinformationsbladen i Irland	SMOG	Patientinformationsbladen var skrivna på en f�r hög nivå enligt målgruppens behov.
Lombardo,V., Vinatier,I., Baillot, M-L.,Franja, V.,Bourgeon-Ghittori, I.,Dray, S.,Jeune, S., Mossadegh,C., Reignier, J.,Souweine,B. & Roch,A. (2013)	How caregivers view patient comfort and what they do to improve it: A French survey	Undersöka vad patienternas obehag på en intensivvårdsavdelning beror på.	Frågeformulär	Patienternas obehag berodde på oljud, ångest, sömnproblem och brist på privathet.

# En engelskspråkig guidebok för ultraljudsundersökningar



2015

Carola Lillfors &amp; Sofia Hjulfors

## Undersökning

Det är en ultraljudsundersökning  
som skall göras

Har du varit oäten

Undersökningen är smärtfri

Du får klä av dig på överkroppen  
och sänka ner långbyxorna lite

BH:n får vara på

Slöjan bör du ta bort

Ta bort långbyxor, strumpor

Du får svaret av remitterande  
läkare

Du får gå tillbaka till  
avdelningen/akuten

Du kan åka hem

Lägg dig ner på britsen

Röntgenläkaren kommer strax

We are going to do an ultrasound  
exam

Have you been fasting

The exam is painless

You may take off your clothes from  
your upper body and pull down  
your pants a little

You can keep your bra on

You may take off your veil

Take off your pants and socks.

please

You will get the answer from the  
remitting doctor

You can go back to the

department/accident and  
emergency

You can go home

Please lie down on the examining  
table

The radiologist will be here soon

## Biopsi

Är du allergisk mot någon medicin?

Äter du blodförtunnande medicin  
typ Marevan?

Du bör hålla plåstret,

Are you allergic to any medicine?

Do you take any blood-thinning  
medicine for example Marevan?

You ought to keep the plaster, the



punktionsstället torrt i ett dygn

puncture area dry for a day

## Tutkimus

Teemme ultraäänitutkimuksen

We are going to do an ultrasound exam

Oletko ollut syömättä?

Have you been fasting?

Tutkimus on kivuton

The exam is painless

Saat riisua ylävartalon paljaaksi  
sekä laskea housuja hieman

You may take off your clothes from  
your upper body and pull down  
your pants a little

Rintaliivit saat pitää päällä

You can keep your bra on

Hunnun saat ottaa pois

You can take off your veil

Riisu pitkät housut, sukat

Take off your pants, socks

Vastauksen saat lähettävältä  
lääkäriltä

You will get the answer from the  
remitting doctor

Saat mennä takaisin  
osastolle/ensiapuun

You can go back to the  
department/accident and  
emergency

Saat lähteä kotiin

You can go home

Käy makaamaan pöydälle

Please, lie down on the examining  
table

Röntgenlääkäri tulee pian

The radiologist will be here soon

## Biopsia

Oletko allerginen jollekin  
lääkelle?

Are you allergic to any medicine?

Syötkö verenohennuslääkettä, esim  
Marevan?

Do you take any blood thinning  
medicine, for example Marevan?

Pidä laastari, punktiokohta kuivana  
vuorokauden ajan

You ought to keep the plaster, the  
puncture area dry for a day

